O traumă psihică poate fi eliminată din conștient. Nimic nu pare a fi mai simplu decât să stingem lumina conștiinţei atunci când realitatea devine insuportabilă. Însă nu putem scăpa de corpul nostru traumatizat. În el rămân experienţele reale ale traumei, chiar dacă, în urma procesului de amorţire și a celui de clivaj, durerea, frica, furia, dezgustul sau rușinea nu mai pot pătrunde în experienţa conștientă. De aceea se poate spune următorul lucru: în corpul nostru este stocat adevărul cu privire la experienţele noastre de viaţă. Corpul nu minte!

FRANZ RUPPERT

PSIHOLOGIE – PSIHOTERAPIE
Colecţie coordonată de Simona Reghintovschi
Franz Ruppert şi Harald Banzhaf (coordonatori)
Corpul meu, trauma mea, eul meu
Constelarea intenţiei – eliberarea de biografia traumatică
Traducere din germană de
Doina Fischbach
3
TREI
Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU
Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU
Redactor:
VICTOR POPESCU
Coperta:
FABER STUDIO
Director producţie:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN
Dtp:
GABRIELA ANGHEL
Corectură:
DUŞAUDREA-BOBOREL

VIRGINIA ALEXE
Descrierea QP a Bibliotecii Naţionale a României
RUPPERT, FRANZ
Corpul meu, trauma mea, eul meu: constelarea intenţiei eliberarea de biografia traumatică / Franz Ruppert şi Harald Banzhaf;
trad. din germană de Doina Fischbach.
— Bucureşti: Editura Trei, 2018
Conţine bibliografie
ISBN 978 – 606 – 40 – 0565 – 6
I. Banzhaf, Harald
II. Fischbach, Doina (trad.)
159.9
Titlul original: Mein Körper, mein Trauma, mein Ich. Antiegen aufstellen – aus der Trauma biografie aussteigen
Autori: Franz Ruppert, Harald Banzhaf (Ed.)
Copyright © 22017 by Kösel Verlag, München a division of Verlagsgruppe Random House GmbH, München, Germany.
Copyright © Editura Trei, 2018
pentru prezenta ediţie
O.P. 16, Ghişeul 1, C.P. 0490, Bucureşti
Tel.: + 4 021300 60 90; Fax: + 4 0372 25 20 20
e-mail: comenziedituratrei.ro www.editura trei.ro
Cuprins
7 *Prefaţă*
9 Corpul meu, trauma mea, eul meu, din perspectiva teoriei şi terapiei traumei psihice orientate către identitate (TTPOI) (*Prânz Ruppert*)
131 Trauma: o cheie pentru înţelegerea suferinţei fizice (*Harald Banzhaf*)
182 Inima mea, iubirea mea, trauma mea (*Dagmar Strauss*)
215 Alimentaţia, sistemul digestiv şi trauma (*Evelyn Hähnel*)
235 Constipaţia severă (*Beate Herrmanri*)
243 Când traumele afectează rinichii (*Ingrid Perg*)

253 Respiraţia mea, plămânii mei, trauma mea (*Patrizia Manukian*)
265 Ochii mei, trauma mea, eul meu (*Aurora Wolf*)
279 Durerile cronice – consecinţe ale traumei (*Annemarie Denk*)
298 Trauma psihică şi bolile de piele (*Marta Thorsheim*)
306 Dinţii mei, trauma mea, eul meu (*Thomas R. Roii*)
325 Durerile lombare şi cauza lor (*Thilo Behla*)
335 Eu şi şoldul meu drept – povestea renaşterii mele (*Gerlinde Fischedick*)
344 Durerile cronice de umăr (*Martina Wittmanri*)
350 „Ce s-a întâmplat cu gâtul meu?” (*Juliane von Krause*)
355 Trauma şi postura corporală (*Catherine Xavier*)
360 Artrita reumatoidă (*Isabella Gerstgrasser*)
370 „Cancerul limfatic” (*Kate Collier*)
378 Tulburările de somn şi trauma psihică (*Nadja Palombo*)
390 Bolile copilăriei, părinţii şi trauma (*Bettina Schmalnauer*)
400 Cine sunt eu în corpul meu şi în ceea ce priveşte sexualitatea mea ca femeie? (*Ellen Kersten*)
418 Cancerul de col uterin şi cum să devii mamă (*Diana Lucia Vasile*)
426 Corpul masculin, sexul şi trauma (*Stephan Konrad Niederwieser*)
447 Menopauza ca şansă pentru o schimbare a perspectivei (*Andrea Tietz*)
467 Sportul, corpul şi trauma (*Christina Freund*)
485 *Note*
Prefaţă

Medicii încearcă să vindece corpul fără a lua în considerare psihicul pacienţilor lor. Psihologii tratează psihicul fără a înţelege exact ce se întâmplă în corpul

uman. Conceptul de traumă psihică ar putea construi o punte între cele două lumi. Căci, potrivit experienţelor noastre, trauma psihică este cauza multor suferinţe care se manifestă atât în corp, cât şi la nivel psihic.

Când analizăm experienţele de viaţă traumatice pe care noi, oamenii, le putem trăi încă din momentul naşterii noastre, înţelegem mult mai bine de ce corpul şi psihicul nostru se dezvoltă în felul acesta. Înţelegem atunci de ce pot apărea nenumărate probleme, atât fizice, cât şi psihice. Când descoperim aceste legături de cauzalitate – de obicei inconştiente – ştim cum să vindecăm în mod eficient suferinţa noastră fizică şi psihică. În această carte am adunat numeroase exemple care susţin această afirmaţie. Înţelegerea cauzei ne ajută, de asemenea, să distingem procedurile medicale şi psihologice benefice de cele care sunt orientate doar pe simptom şi care mai degrabă alimentează strategiile noastre de supravieţuire bazate pe continuarea traumei.

Le mulţumim colegilor noştri pentru disponibilitatea lor, pentru a fi expus în această carte experienţele practice pe care le-au avut lucrând cu metoda constelării intenţiei în scopul tratării problemelor psihosomatice. Adresăm mii de mulţumiri şi autorilor care şi-au adus contribuţia prezentându-ne chiar experienţele lor personale.

În ceea ce priveşte Editura Kösel-Verlag, le mulţumim călduros doamnei Usha Swamy şi domnului Gerhard Plachta pentru sprijinul lor important privind proiectul nostru comun.

München, iulie 2017 Franz Ruppert şi Harald Banzhaf

FRANZ RUPPERT

Corpul meu, trauma mea, eul meu din perspectiva teoriei şi terapiei traumei psihice orientate către identitate (TTPOI)

Suferinţa fizică – destin sau traumă psihică?

Orice om are o anumită suferinţă fizică. Este normal să te doară şi să te usture pe ici, pe colo. Faptul că, odată

cu înaintarea în vârstă, corpul nostru rămâne cu leziuni permanente cauzate de accidentări, se uzează muncind din greu sau se epuizează din cauza naşterilor, face parte din procesul vieţii umane. Însă de ce copiii au deja tot felul de boli, precum „ADHD” 1, „neurodermatită” sau „astm”, care nu se vindecă? De ce adolescenţii îşi otrăvesc corpurile cu droguri sau se înfometează până mor? Oare infarctul miocardic cauzat de prea mult stres constituie un risc profesional normal? Oare „cancerul” este inevitabil, la fel ca şi „demenţa” apărută la bătrâneţe? Trebuie să ne resemnăm pur şi simplu cu faptul că dezvoltăm boli precum „diabetul”, „reumatismul” sau „ulcerul gastric” şi să ne mulţumim cu un tratament axat pe simptom, deci cu nişte remedii locale?

Multe exemple din activitatea mea terapeutică demonstrează faptul că „bolile” nu sunt în niciun caz bazate doar pe predispoziţiile organice, pe condiţionarea vârstei sau pe expresia unor „gene rele” La o privire mai atentă, observăm că ele sunt rezultatul experienţelor de viaţă pe care nu le-am putut procesa din punct de vedere psihic. „Bolile” sunt consecinţele traumelor psihice care se exprimă prin intermediul corpului nostru. Acest lucru iese mereu la iveală în cadrul grupurilor terapeutice în care lucrez cu metoda constelării intenţiei, a reprezentării prin intermediul constelaţiilor:

„Vreau să ştiu de ce sunt bolnavă”. Aceasta *a* fost intenţia formulată de către o femeie care a participat la un seminar, o pacientă de dializă. În constelaţia ei a ieşit la iveală un abuz sexual petrecut în copilăria timpurie. Nici astăzi nu-şi poate exprima durerea şi lacrimile cu privire la acest lucru. Copilul mic din ea trebuie să continue să se comporte faţă de familia ei de origine ca şi cum nu i s-a întâmplat nimic rău şi totul este bine şi frumos.

„Vreau să scap de durerile mele de maxilar”. Aşa şi-a formulat intenţia o altă femeie. Aşa cum a ieşit la iveală în constelaţia ei, extragerea măselei sale de minte a deschis uşa către o traumă psihică petrecută cu mult timp în urmă:

durerea legată de un avort făcut de ea.

„Îmi vreau plămânii înapoi”. Aceasta a fost intenţia unei alte participante la acest atelier. Ea era o fumătoare înrăită. În constelaţia ei a ieşit la iveală faptul că, încă de pe vremea în care se afla în pântecele mamei sale, a suferit din cauza consumului de ţigări al acesteia. Încă dinainte de a se naşte s-a confruntat cu dilema potrivit căreia fie poate rămâne în pântecele mamei, fie vrea să iasă, deoarece acolo tortura continua să aibă loc. Astfel, cu fiecare ţigară pe care o fumează reînscenează trauma psihică, începută dinaintea naşterii sale, deoarece mama sa nu a dorit-o şi nu a menajat-o deloc.

După experienţa mea, nu avem decât de câştigat dacă vom conştientiza realitatea traumelor psihice şi a consecinţelor lor vaste pentru corp şi pentru psihicul nostru. De aceea, avem nevoie de următoarele lucruri:

Să ştim cum funcţionează psihicul uman în cadrul unui organism viu.

Să ştim cum iau naştere şi cum se dezvoltă traumele psihice.

Să ştim cum şi de ce se manifestă ele în corp.

Să ştim modul în care traumele psihice pot fi aduse în cadrul unui proces de vindecare.

Organismul uman viu

Organismul uman viu (OUV) este punctul de plecare al tuturor proceselor patologice şi al tuturor eforturilor terapeutice care au ca scop vindecarea. El este o combinaţie de materie, energie şi informaţie.

Materia este alcătuită din celule, organe, muşchi, oase, sânge, limfă, nervi şi gene, împreună cu toate substructurile lor. În cazul ambelor sexe, la mijlocul corpului sunt situate organele sexuale şi de reproducere. Sub sistemul reproducător se află sistemul locomotor primar, picioarele şi labele picioarelor. Deasupra lui se află sistemul digestiv, la un etaj mai sus se află sistemul respirator, iar la un etaj şi mai sus se află capul, care este sistemul nostru de orientare. Pe ambele laturi ale corpului

avem două braţe, care sunt instrumentele cu care acţionăm, întregul corp este acoperit cu o piele care este – sau nu este – permeabilă pentru ceea ce poate trece dinăuntru în afară şi din afară înăuntru.

Energia este tot ceea ce organismul viu poate genera prin propria sa activitate la nivelul motricităţii grosiere, substanţele care se sintetizează şi se descompun în urma reacţiilor biochimice, de exemplu, în cazul ingerării de alimente şi al excreţiei, tot ceea ce mesagerii chimici, precum neurotransmiţătorii şi hormonii, pun în mişcare în vederea creşterii sau diminuării nivelului energetic şi tot ceea ce oscilaţiile electromagnetice generează la nivel celular, ducând la crearea unor câmpuri electromagnetice la nivelul organelor interne (de exemplu, în inimă) şi în creier.

Dacă ar fi să ne luăm după principiile fizicii moderne, atunci materia nu este decât o formă de energie foarte comprimată (Laszlo, 1995). În orice caz, acolo unde există materie şi energie, apare şi *informaţia*. În organismul uman viu trebuie să existe o mulţime de informaţii, astfel încât:

celulele să se informeze reciproc cu privire la stările şi necesităţile lor, organele să se poată pune în concordanţă în ceea ce priveşte activitatea lor, comportamentele să fie efectuate vizând ţinte clare, lumea interioară şi cea exterioară *a* propriilor nevoi să fie înţeleasă în mod corespunzător.

Un organism viu trebuie să comunice permanent cu el însuşi şi cu mediul său înconjurător. El trebuie să fie în rezonanţă cu acesta. Astfel, el este atât emiţător, cât şi receptor. Acest lucru are loc nu doar la nivel verbal şi în mod conştient, ci, într-o mare măsură, şi în mod inconştient, la nivel nonverbal. Procesele inconştiente de tipul stimul-răspuns (de exemplu, respiraţia noastră), impulsurile comportamentale controlate hormonal (de exemplu, tendinţa de satisfacere sexuală) şi acţiunile bazate pe emoţii (cum ar fi căutarea unei persoane iubite)

precedă adesea, din punct de vedere temporal, percepţiile şi gândurile noastre conştiente. Structura creierului uman – trunchiul cerebral, diencefalul, emisfera stângă şi cea dreaptă – oferă o imagine grosieră privind modul în care procesele fizice pot deveni conştiente în diferite grade. Conexiunile funcţionează în ambele direcţii: procesele inconştiente din organism duc la luarea unor decizii conştiente, iar deciziile conştiente influenţează funcţiile corporale controlate în mod inconştient (Damasio, 2005, Siegel, 2010). Conştiinţa este o funcţie specială a „psihicului" uman, iar ea este uneori denumită şi „minte". Voi oferi mai târziu explicaţii mai largi despre tot ceea ce mai face parte din psihicul uman.

Organismul uman viu (OUV) ca sistem modular

Aşa cum ştim, modalitatea prin care organismele unicelulare au evoluat, devenind organisme pluricelulare complexe, a constat în faptul că diferite organisme unicelulare au învăţat să trăiască în simbioză. În felul acesta, din diferitele însuşiri ale organismelor unicelulare au putut lua naştere noi însuşiri ale unui organism pluricelular. Astfel, de exemplu, mitocondriile, care sunt responsabile de echilibrul energetic al unei celule, au fost iniţial nişte elemente celulare independente. Încă sunt, într-un anumit fel, chiar în cadrul celulelor adunate. Ciupercile şi bacteriile trăiesc în simbioză, spre beneficiul reciproc. În OUV trăiesc – în diferite locuri, fie în gură, în stomac, în intestin sau în membranele mucoase ale penisului şi vaginului – nenumărate ciuperci şi tulpini bacteriene, care îndeplinesc funcţii utile pentru întregul organism. În schimb, existenţa lor este asigurată prin protecţia oferită de un puternic organism-gazdă.

De exemplu, se poate studia modul în care tulpinile bacteriene îşi frânează reciproc creşterea nelimitată, protejându-şi în felul acesta organismul-gazdă împotriva vătămărilor (Enders, 2014).

Interesant este faptul că OUV are multe organe în pereche: picioarele/labele picioarelor, braţele/mâinile,

plămânii, rinichii, nările, ochii, urechile, testiculele, ovarele şi cortexul cerebral. Acest lucru serveşte nu doar ca măsură de siguranţă, în cazul în care unul dintre sisteme eşuează. Existenţa organelor-pereche poate duce şi la o specializare ulterioară. Jumătatea stângă şi cea dreaptă a corpului pot avea abilităţi diferite, deoarece sunt controlate de structuri cerebrale diferite. O expresie caracteristică a acestui lucru este faptul de a fi dreptaci sau stângaci.

Structura modulară a unui OUV alcătuit din mai multe componente individuale este motivul pentru care reacţiile sale sunt specifice şi nu afectează întotdeauna întregul organism. Totuşi, se poate întâmpla, de asemenea, ca anumite cauze să afecteze întregul corp, de exemplu o boală virală care se răspândeşte în întregul OUV.

Întrucât orice om este fie bărbat, fie femeie – deşi există şi forme de intersexualitate –, fiecare corp uman este alcătuit, de asemenea, într-un mod specific sexului respectiv. Bărbaţii şi femeile sunt diferiţi nu doar din punct de vedere anatomic. Ei parcurg şi din punct de vedere psihic alte procese de dezvoltare şi de maturizare. Experienţele corporale feminine şi cele masculine pot fi foarte diferite. Faptul de a simţi în propriul corp un penis masculin, faptul de a fi gravidă, faptul de a trece printr-un proces de naştere sau de a alăpta un copil sunt experienţe care, prin natura lor, sunt rezervate femeilor. În schimb, corpurile masculine au de obicei experienţe referitoare la luptele competitive cu alţi bărbaţi, iar multe dintre aceste corpuri rămân afectate pentru toată viaţa atât în plan mental, cât şi în plan energetic. Unii bărbaţi devin de-a lungul vieţii nişte „războinici”. Alţii devin „comercianţi”, iar alţii, „gânditori” şi „filosofi”.

Etapele dezvoltării OUV

Orice organism uman ia fiinţă în corpul unei mame. În faza de formare el trece printr-o serie de etape de dezvoltare: pătrunderea unui spermatozoid într-un ovul, primele diviziuni celulare, implantarea ovulului fertilizat în

uter, formarea placentei şi a sacului amniotic, dezvoltarea organelor, a scheletului şi a muşchilor, a nervilor şi a creierului şi, în cele din urmă, părăsirea organismului mamei, naşterea şi tăierea cordonului ombilical. Ce se întâmplă după aceea prezintă variaţii mult mai mari în raport cu ceea ce se petrece în pântecele mamei. Unii bebeluşi rămân la mama lor, sunt hrăniţi la sânul ei, primesc iubirea, afecţiunea şi sprijinul ei. Alţi copii sunt despărţiţi imediat după naştere de mama lor, trăiesc într-un incubator, nu sunt alăptaţi şi nu au un contact vizual şi tactil. Alţii sunt daţi imediat unei mame adoptive sau pleacă de la „mama-surogat” la femeia sau la cuplul care a plătit bani pentru „purtarea în pântece” a acestui copil.

Ce-i drept, şi genele paterne au o influenţă hotărâtoare asupra formării corpului şi a dezvoltării sale. Cu toate acestea, importanţa tatălui este de obicei supraestimată, iar cea a mamei este adesea subestimată. Oamenii sunt mult mai dependenţi din punct de vedere fizic, energetic şi informaţional de mama lor decât de tatăl lor. Numai atunci când mama nu este disponibilă, copiii încearcă să stabilească o legătură fizică mai intensă cu tatăl lor.

În principiu, putem afirma următorul lucru: tot ceea ce un OUV experimentează, începând de la concepţia sa, în ceea ce priveşte influenţele mediului înconjurător se reflectă într-un conglomerat specific de materie, energie şi informaţie, care îl face să fie unic. Fiecare om este unic în felul său, atât din punct de vedere fizic, cât şi psihic. Chiar şi atunci când nu ne amintim în mod conştient de primii noştri ani de viaţă, aceştia constituie fundamentul definitoriu atât pentru corpul, cât şi pentru psihicul nostru.

Ce înseamnă să fii „plin de viaţă”?

Viaţa umană înseamnă a respira, a face mişcare, a mânca, a bea, a excreta, a creşte, a fi activ, a te odihni, a te deschide şi a te proteja, a te răni şi a te vindeca, a te juca, a munci, a face sex, a procrea şi a naşte copii, a-i ajuta pe copii să se descurce în viaţă… şi, în cele din urmă, a muri.

Faptul de a fi „plin de viaţă” poate fi definit prin cuvinte precum: intens, dinamic, flexibil, fluent, în contact. În schimb, expresii precum a fi blocat, înţepenit, inflexibil, împietrit, îngheţat, calcificat, osificat, înlemnit, rigid, supracontrolat sau izolat indică faptul că un organism radiază puţină vitalitate. Vitalitatea este asociată cu o atitudine prietenoasă faţă de propria viaţă şi faţă de alte fiinţe vii. Faptul de a fi „lipsit de viaţă” se exprimă printr-o atitudine indiferentă, nepăsătoare, neimplicată, până la făţiş ostilă. Doar pornind de la această lipsă de vitalitate, oamenii ajung să işte războaie, să comită atacuri teroriste şi să-şi facă unul altuia viaţa dificilă. Cine este plin de viaţă iubeşte viaţa.

Pentru a putea fi „plin de viaţă”, un organism uman are nevoie de un mediu favorabil vieţii – în funcţie de stadiul său de dezvoltare. Acest lucru presupune să existe aer curat, apă curată, mâncare bună, protecţie împotriva arşiţei şi a frigului, spaţii suficiente pentru mişcare, relaţii care oferă sprijin şi încurajează autonomia şi, mai ales, alţi oameni care dezvoltă sisteme sociale constructive. Oamenii plini de viaţă creează un mediu sănătos. Oamenii care şi-au inhibat vitalitatea îşi distrug cu nepăsare mediul şi, în lupta lor pentru supravieţuire, fac ca Pământul să devină de nelocuit.

Ce se înţelege prin expresia „corpul meu”?

Corpul meu este ceva de sine stătător, ceva separat de mine? Corpul meu îmi stă la dispoziţie? Sau mai degrabă eu sunt cel care trebuie să-mi slujesc corpul? Eu sunt totuna cu corpul meu? Ne purtăm cu corpul nostru în funcţie de modul în care îl privim:

Unii oameni îşi privesc corpul ca pe un instrument, cu ajutorul căruia îşi pot pune în practică gândurile (de exemplu, sportivii de performanţă). Ei sunt adesea dezamăgiţi şi furioşi pe corpul lor atunci când acesta nu face ceea ce vor de la el.

Mulţi bărbaţi şi femei îşi folosesc corpul pentru a face impresie asupra altora. De aceea îşi antrenează

muşchii, ţin diete, se fardează, merg la chirurgi esteticieni, poartă haine strâmte şi pantofi incomozi.

Alţii, dimpotrivă, îşi neglijează corpul. Abia îl spală şi îl îngrijesc, îl otrăvesc cu fum de ţigară, băuturi alcoolice şi mâncare proastă. Ei neglijează mişcarea şi activitatea şi permit corpului lor să devină tot mai gras şi mai leneş.

Există însă şi oameni care îşi privesc corpul ca pe ceva foarte valoros şi care îşi gestionează bine trebuinţele fizice fundamentale. Ei îşi percep corpul ca fiind sursa vitalităţii lor. Acesta este cea mai importantă resursă a vitalităţii lor şi le este un bun prieten.

Corpul nostru ne transmite semnale

Pielea capului ne mănâncă, ochii ne ustură, nasul curge, urechile ţiuie, buzele sunt crăpate, gâtul ustură, simţim o presiune în stomac, genunchii dor, organele genitale sunt inflamate, picioarele sunt umflate – se întâmplă să ne simţim corpul în acest mod sau în vreunul similar. Unele dintre aceste senzaţii sunt trecătoare. Ele durează câteva minute, uneori chiar câteva zile şi săptămâni, iar apoi dispar brusc. Altele sunt permanente şi ne însoţesc întreaga viaţă. Uneori ne deranjează mai puţin, alteori mai mult. Câteodată pot fi insuportabile şi ne răpesc bucuria de a trăi.

Pentru unele reacţii fizice există o explicaţie imediată: pielea capului ne mănâncă, deoarece am folosit un şampon care usucă părul. Ochii ne ustură, deoarece stăm lângă un foc deschis. Nasul curge, deoarece ne-am infectat cu bacterii. Urechile ne ţiuie după ce am fost într-o discotecă gălăgioasă. Buzele ne simt crăpate, deoarece cineva ne-a lovit. Gâtul ne ustură, deoarece am cântat prea tare. Inima bate puternic după ce am alergat pe scări până la etajul patru. Simţim o presiune în stomac, deoarece am mâncat prea mult. Genunchii ne dor după o plimbare istovitoare în munţi. La nivelul organelor genitale s-a instalat o infecţie fungică după un contact sexual. Picioarele sunt umflate din cauză că am stat mult timp la o coadă.

Cu cât recunoaştem mai mult legătura dintre reacţiile corpului nostru şi cauzele declanşatoare, cu atât mai bine îl putem ajuta să se simtă din nou confortabil. Putem, de asemenea, preveni înlănţuirea cauză-efect prin adoptarea unui comportament adecvat. Cu toate acestea, dacă nu înţelegem cauzele, putem lua măsuri greşite. Un exemplu este cel în care folosim spray-uri pentru a stopa „curgerea nasului" – astfel noi de fapt oprim eliminarea bacteriilor făcute inofensive şi a celulelor moarte, subminând astfel munca utilă a sistemului nostru imunitar. Dacă ignorăm cauzele suferinţelor corporale, ca atunci când, de exemplu, tot cărăm în spate obiecte grele, deşi avem deja dureri dorsale, noi nu facem decât să ne forţăm corpul să reacţioneze şi mai puternic. La fel, dacă, de pildă, continuăm să mâncăm, deşi stomacul nu mai poate primi nimic, în cele din urmă corpul va fi nevoit să reacţioneze cu greaţă şi vomă.

Aşadar, pentru a ne purta cu grijă cu corpul nostru, trebuie să cunoaştem relaţiile cauzale, să fi încercat metodele eficiente de vindecare şi să avem disponibilitatea de a asculta semnalele trupului. Este important să nu fim indiferenţi faţă de propriul nostru corp sau să nu-l privim ca pe un adversar sau chiar ca pe un duşman care vrea să ne rănească. El este prietenul nostru, care face pentru noi tot ce-i stă în putinţă, dacă acordăm atenţie nevoilor sale fundamentale.

Psihicul uman

Psihicul uman are rolul de a ne oferi nouă, oamenilor, accesul la realitate, atât în afară, cât şi în interiorul corpului nostru. Întrucât *realitatea în sine* este complexă, şi psihicul uman trebuie să fie la fel. El îndeplineşte sarcina de a face ca *lumea în sine să devină o realitate pentru mine*, ceea ce se întâmplă în felul următor:

prin intermediul percepţiei care ia forma mirosului, gustului, auzului, pipăitului şi văzului, prin intermediul senzaţiilor şi al sentimentelor de frică, furie, iubire, bucurie, tristeţe, durere, ruşine, mândrie, dezgust sau

plăcere, prin actul de reprezentare şi prin reconectarea percepţiilor şi a sentimentelor, prin gândirea analitică, prin luarea unor decizii deliberate, prin transformarea conştiinţei în forme de exprimare verbală, prin transpunerea percepţiilor, sentimentelor, ideilor şi gândurilor în acţiuni, prin păstrarea şi procesarea amintirilor, prin raportarea la propria persoană şi prin formarea unui eu propriu.

Structura modulară a psihicului uman necesită, la rândul său, integrarea componentelor psihice individuale: de exemplu, văzul trebuie pus în concordanţă cu sentimentele, ideile, gândurile, cuvintele şi acţiunile. Acest lucru funcţionează cel mai bine într-un mediu social prietenos şi stimulant. În condiţii de stres, atenţia se îngustează, focalizându-se pe gestionarea pericolelor. Astfel, iniţiem acţiuni fără a ne gândi la consecinţele acestora. Lucru de înţeles, de vreme ce consecinţele pe termen lung ale acţiunilor noastre necesită o reflecţie mai profundă, luând în considerare funcţiile eului şi ale voinţei.

Psihicul uman serveşte autoconservării şi conservării speciei. Prin urmare, funcţiile sale nu au legătură doar cu mediul natural particular (de exemplu, deşertul sau munţii acoperiţi cu zăpadă) în care se naşte un om. Psihicul este orientat mai ales spre ceilalţi oameni din mediul apropiat, pentru a intra în contact cu aceştia. El caută să-i înţeleagă pe ceilalţi oameni în detaliu: cum sunt aceştia, ce intenţii au, dacă plac sau nu pe cineva, dacă sunt deschişi către întâlniri amoroase, dacă simt periculoşi etc. Psihicul uman este menit să garanteze şi să menţină apartenenţa la o comunitate, fapt prin care ne asigură supravieţuirea. De aceea, atunci când este în joc apartenenţa la un grup, adesea propriile interese sunt date deoparte.

Pe măsură ce o nouă fiinţă umană creşte, psihicul său se dezvoltă împreună cu corpul. Un om nu este iniţial un simplu corp în care, la un moment dat, pătrunde un psihic sau chiar un „suflet” El este supus încă de la început unui proces comun de dezvoltare a unor aspecte materiale,

energetice şi psihice.

Noi nu vom fi niciodată capabili să înţelegem cu ajutorul psihicului nostru toate aspectele fiecărei realităţi în care deja ne aflăm. Acest lucru îl sesizăm, printre altele, atunci când comparăm psihicul nostru cu psihicul altor vietăţi, care, de exemplu, pot percepe cu totul alte culori, sunete sau mirosuri decât noi, oamenii. Prin urmare, psihicul uman este întotdeauna selectiv în ceea ce priveşte percepţia asupra realităţii. El se adaptează la condiţiile de viaţă în care se află. Este, de asemenea, creativ şi poate descoperi şi dezvolta lucruri noi.

O caracteristică importantă a psihicului uman este capacitatea sa de a-şi crea o lume proprie, care poate fi complet independentă de realitatea exterioară. Atât timp cât un om poate deosebi propria sa lume psihică de realitatea care există cu adevărat, nu este nicio problemă. Însă, dacă propria lume psihică autocreată este confundată cu realitatea, acest lucru poate provoca dificultăţi enorme. În cazul acesta persoana foloseşte multă energie vitală pentru a aduce în realitate această lume proprie. Oamenii se supun atunci de bunăvoie propriilor lor fantezii şi îşi dedică acestora întreaga lor viaţă. De asemenea, ceilalţi oameni pot fi consideraţi duşmani dacă nu cred în realitatea acestei lumi psihice proprii şi dacă nu participă la implementarea ei. „Germania, mai presus de toate” şi un „imperiu, un *Reich*, care să dureze 1.000 de ani” a fost programul unui nebun, care s-a prăbuşit după numai doisprezece ani. Din păcate, această experienţă istorică nu-i împiedică pe alţii să dorească să facă şi astăzi acelaşi lucru.

Calitatea noastră de „subiecţi”.

O fiinţă umană este încă de la început un subiect, şi nu un simplu obiect. Ea se dezvoltă din interior şi reacţionează în exterior conform propriului ei mod de a fi. Astfel, în cazul unei dezvoltări sănătoase, copilul aflat în creştere îşi caută, în cadrul unei fine sincronizări imunologice cu mama sa, un loc adecvat în peretele uterin.

El se ancorează acolo, creând placenta, cordonul ombilical şi învelişul embrionar, în interiorul cărora el are o relaţie simbiotică obligatorie cu mediul matern, dar posedă şi autonomia necesară faţă de ea. De aceea eu nu definesc copilul nenăscut ca fiind un „embrion" sau un „făt", deoarece acest lucru sugerează un punct de vedere potrivit căruia în acel moment un copil este încă ceva nespecific, care abia mai târziu devine om (Ruppert, 2014).

Întreaga dezvoltare a unui om este subiectivă: respiraţia, percepţia, simţirea, trăirea, nevoile, gândirea şi acţiunile noastre. Dezvoltarea are loc în cadrul confruntării cu mediul respectiv. De aceea şi gemenii univitelini sunt nişte subiecţi de sine stătători. Ei reacţionează în felul lor specific la comportamentul mamei, al familiei sau al profesorilor lor. Şi suferinţa noastră este întotdeauna subiectivă, iar orice „boală" psihică sau fizică este o expresie a subiectivităţii noastre. De aceea nu există boli care se manifestă obiectiv. Ori de câte ori putem, ar trebui să ne apărăm atunci când alţi oameni încearcă să ne reducă la nişte simple obiecte.

Funcţia „eului" în cadrul psihicului uman

„Cine sunt eu?" Aceasta este întrebarea fundamentală pe careşi-o poate pune un om. Nicio altă vietate de pe acest Pământ nu poate pune o asemenea întrebare, darămite să mai şi răspundă. Astfel, noi, oamenii, ne aflăm în situaţia privilegiată de a putea dezvolta o conştiinţă despre noi înşine. Totodată ajungem astfel într-o dilemă, fiind probabil nevoiţi să ne întrebăm: cine sunt eu şi ce vreau eu să fac în viaţă? Până acum eu nu am găsit niciun răspuns la această întrebare!

Teoria evoluţionistă susţine punctul de vedere potrivit căruia corpul uman are ca scop reproducerea, aşa că toate structurile fizice şi psihice ar fi subordonate acestui scop general. Ţine însă de o particularitate a vieţii umane faptul că aceste resurse nu sunt dedicate doar reproducerii, aşa cum se întâmplă în cazul multor specii de animale. De asemenea, unii oameni nu vor sau nu pot să se

reproducă şi să-şi găsească în aceasta scopul vieţii lor. Se pare că noi, oamenii, avem o misiune esenţială, aceea de a stabili o relaţie constructivă între corp şi „eu”, astfel încât procesele corporale să permită luarea propriilor decizii, iar psihicul să nu-şi abuzeze propriul corp. De exemplu, dacă o femeie crede că trebuie să devină mamă cu orice preţ înainte de a i se opri ceasul biologic, acest lucru nu-i va face bine nici ei, nici corpului ei, nici copilului.

Dacă un om nu are o relaţie bună cu sine, el nu va avea niciun centru solid în jurul căruia să graviteze evenimentele psihice. În mod corespunzător, eul, voinţa, sentimentele, ideile şi acţiunile nu vor forma în acest caz o unitate. Fiecare aspect îşi va urmări propriile tendinţe. Metaforic vorbind, în lipsa eului, nu există niciun căpitan care să conducă nava. Când marea este furtunoasă, toţi pasagerii aleargă agitaţi în toate direcţiile şi-şi dau unii altora indicaţii şi sfaturi contradictorii. Uneori se întâmplă chiar ca un copil mic, suprasolicitat, să stea la cârma unui vapor al adulţilor (Langlotz, 2015). Atunci când pe puntea de comandă nu se află nimeni sau stă cineva care nu poate îndeplini funcţia de cârmaci, vaporul este pus imediat în primejdie.

Numai un eu sănătos are posibilitatea de a conecta în mod judicios toate celelalte dimensiuni psihice şi de a indica direcţia potrivită pentru propriul corp. În cazul acesta, toate celelalte capacităţi psihice şi fizice slujesc acestui eu şi ştiu încotro se pot îndrepta. Propriul eu este instanţa interioară care comunică ceea ce este important şi ce trebuie să se întâmple în propria viaţă.

Eul-existenţă şi eul-conştiinţă

Eul-existenţă face parte din natura noastră, a oamenilor, încă de la începutul vieţii. Însă a conştientiza propriul eu-existenţă este o chestiune de timp. Durează doi până la trei ani până când un copil se poate recunoaşte în mod conştient, când poate reflecta cu privire la cine este, ce trăieşte şi ce face. Această conştiinţă de sine ne ajută să devenim tot mai mult stăpânii propriei vieţi. Propriile

percepţii, sentimente, gânduri, idei şi amintiri pot fi astfel înţelese tot mai bine, iar ulterior propriile acţiuni pot fi orientate tot mai mult către un scop.

Această dezvoltare a eului pare să aibă o legătură clară cu specializarea cortexului prefrontal. Durează aproximativ până la împlinirea vârstei de doi ani pentru ca orientarea spre exterior şi cea spre mamă să poată fi înlocuite de un autocontrol suficient de stabil (Bauer, 2015). Pentru a avea un eu clar delimitat, un om trebuie să înveţe în primul rând să se diferenţieze de mama sa. Acest lucru poate reuşi cu atât mai bine cu cât mama şi-a dezvoltat un eu propriu cât mai clar delimitat. Dimpotrivă, cu cât o mamă are un eu mai slab conturat, cu atât mai greu le va fi copiilor săi să se delimiteze de ea şi să-şi dezvolte propriul eu.

Eul-conştiinţă uman constituie un minunat produs al procesului evolutiv. El potenţează posibilităţile pe care omul le are în timpul vieţii. Însă el are şi părţile sale întunecate, ca atunci când trebuie să percepem în mod conştient ceva ce ne suprasolicită posibilităţile noastre de elaborare psihică. Acest lucru se poate întâmpla în două situaţii:

Ni se face ceva ce nu putem suporta mai ales din punct de vedere afectiv, deoarece provoacă în noi prea multă frică, durere sau ruşine.

Noi înşine facem un lucru rău, ale cărui consecinţe nu le putem suporta nici la nivel afectiv, nici la nivelul unui eu-conştiinţă bine dezvoltat – este vorba despre o faptă care ne exclude din comunităţile sociale.

Voinţa şi intenţia sănătoasă

Pe lângă funcţia „eului”, funcţia „voinţei” se dovedeşte a fi cea de-a doua componentă esenţială a psihicului uman.

Acest lucru iese la iveală imediat în practica terapeutică. Nicio metodă terapeutică nu poate fi eficientă dacă o persoană nu doreşte nici să-şi analizeze problemele, nici să se schimbe pe sine. De aceea, în activitatea mea

psihoterapeutică, un criteriu esenţial este acela ca un client să fie dispus să-şi formuleze propria intenţie. Dacă nu are nicio intenţie proprie, după părerea mea el nu poate fi ajutat cu adevărat să-şi rezolve problema. Pe de altă parte, formularea unei intenţii este dovada faptului că persoana se străduieşte foarte mult să se schimbe. Cu cât o intenţie este întoarsă mai mult pe toate feţele şi analizată mai cu atenţie, cu atât este mai bine pentru procesul ulterior al schimbării.

O voinţă sănătoasă este realistă, poate aprecia ce este posibil şi ce nu. Mulţi oameni învaţă abia în cadrul terapiei să fie răbdători cu ei înşişi şi să nu se suprasolicite. La început ei doresc să obţină totul dintr-odată şi imediat. Cu cât devin mai conştienţi de amploarea şi de profunzimea rănilor lor, cu atât mai simple devin aşteptările pe care le au de la ei înşişi şi cu atât mai mult pot să se bucure şi de micile progrese şi să fie mândri de ei înşişi. *9 9*

Eu, tu şi noi

Fiecare „eu” se dezvoltă în raport cu realitatea sa obiectivă, învăţând astfel câte ceva despre obiectele din mediul său înconjurător. El mai învaţă şi despre capacităţile sale de a manipula obiectele în mod intenţionat şi cu un anumit sens. Eul se dezvoltă şi în relaţia cu alţi indivizi. În felul acesta învaţă să înţeleagă ce este subiectivitatea şi cum funcţionează relaţiile. În confrunî *9 9*

tarea cu un „tu” pot înţelege mai bine cine simt eu însumi.

Interacţiunea dintre „eu” şi „tu” generează o nouă categorie psihică, şi anume categoria „noi”. Prin urmare, dezvoltarea categoriilor „noi” şi „eu” are loc în paralel, iar ele sunt interconectate. La fel ca „eul”, şi categoria „noi” este resimţită, percepută sau gândită. Formele concrete ale categoriei „noi” sunt parteneriatele, comunităţile familiale, grupurile de prieteni şi asociaţiile, precum şi unităţile sociale mai mari, precum oraşele, judeţele sau

statele.

Însă probabil că un asemenea „noi” nu este altceva decât o afirmaţie fără conţinut şi o construcţie pur mentală. Atunci când „noi” este confuz, nu pot fi stabilite nici relaţii sociale constructive. În schimb, un asemenea „noi” ascunde realitatea invidiei, răutăţii, violenţei, exploatării şi asupririi.

Identitatea şi dezvoltarea identităţii

Ce este omul ca întreg? Care este „identitatea” sa? Termenul „identitate” provine din limba latină şi înseamnă a fi acelaşi, a fi în concordanţă cu sine însuşi. În ce măsură rămâne un om acelaşi, dacă corpul şi psihicul său se modifică permanent?

Interesul faţă de tema identităţii pare să crească din nou, în ultimul timp, în domeniul psihoterapeutic (Ammon şi Fabian, 2014; Waltz-Pawlita, Unruh şi Janta, 2015). Există o serie de teorii ale identităţii, dintre care cea mai cunoscută este teoria psihanalitică a lui Erik Erikson (1902 – 1994) privind stadiile dezvoltării psihosociale. Erikson a asociat conceptul de identitate cu sarcinile specifice diferitelor stadii din ciclul de viaţă al unui om. El consideră adolescenţa ca fiind o etapă în care omul îşi dobândeşte propria identitate sau în care nu reuşeşte să facă acest lucru (Erikson, 1976).

După părerea mea, dezvoltarea propriei noastre identităţi începe deja odată cu momentul conceperii şi al fuziunii dintre ovul şi spermatozoid, al cărui cod genetic conţine întreaga moştenire a istoriei omenirii. În felul acesta ia naştere un nou om, care este unic în ceea ce priveşte întreaga sa structură. Deşi părinţii sunt cei care ne dau viaţă, totuşi viaţa noastră nu este identică cu viaţa lor. Ea conţine propria sa forţă vitală şi propria sa voinţă de a trăi.

Încă de la început, orice om este în fiecare moment al vieţii sale rezultatul dezvoltării sale anterioare. Tot ceea ce a trăit până în acel moment face parte din natura sa. Nimic nu poate fi eliminat, neglijat sau îndepărtat. Prin urmare,

identitatea unui om este suma tuturor experienţelor sale anterioare de viaţă.

Identitatea şi mama

Pentru orice om, prima piatră de încercare în ceea ce priveşte dezvoltarea identităţii sale este mama sa. Încă din momentul concepţiei, ea reprezintă pentru el prima experienţă legată de mediul înconjurător şi prima experienţă relaţională. Ea este, încă dinainte de a se naşte, persoana cu care relaţionează direct, primul „tu”. Ea constituie fundamentul pentru formarea primului „noi”. Fiecare copil trebuie să se raporteze mai întâi la mama sa. În relaţia cu ea, el trebuie să-şi afirme eul şi voinţa.

Acest lucru este simplu atunci când o mamă îi urează „bun venit” copilului ei, îl primeşte cu dragoste, îl hrăneşte bine, îl protejează încă din timpul sarcinii şi se bucură de prezenţa lui şi de faptul că se dezvoltă. În cazul acesta, copilul se poate oglindi şi după naştere în ochii mamei sale şi se va simţi iubit (Strauss, 2014). Astfel, el dezvoltă o încredere fundamentală în sine, în viaţa sa şi în relaţiile sale. Pe acest fundament, el poate experimenta fără probleme formula de bază a unei identităţi sănătoase: eu = eu. În cazul acesta, niciun corp străin nu poate intra în această ecuaţie.

Atribuirile

Dimpotrivă, atunci când o mamă îşi respinge copilul, nu-l doreşte, abuzează de el pentru propriile ei scopuri sau îl foloseşte ca pe un ecran de proiecţie pentru strategiile sale de supravieţuire în urma traumei, copilului îi va fi extrem de dificil să-şi perceapă propria identitate. El nu poate simţi şi afla cine se află dincolo de sentimentele de respingere sau de aşteptările materne. El nu poate distinge în mod clar între ceea ce îi aparţine şi ceea ce nu-i aparţine. Îi va fi imposibil să nu-şi însuşească şi să nu se identifice cu aprecierile venite din partea mamei sale, precum:

„Eşti în plus”.

„Ai venit la momentul nepotrivit”.

„Ai sexul greşit”.
„Eşti prea agitat şi prea gălăgios”.
„Eşti prea lent”.
„Eşti vinovat”. etc.

Există marele pericol ca, în această situaţie, copilul să nu-şi mai constituie identitatea decât din asemenea atribuiri materne, respingeri ostile şi aşteptări neîmplinite. Într-un asemenea caz, copilul trebuie să ignore propriile sale percepţii, sentimente şi nevoi, pentru a scăpa de respingerea şi de presiunea venite din partea mamei sale şi pentru a deveni aşa cum crede el că şi-ar dori mama lui. El se ruşinează apoi de sine însuşi, de însuşi faptul că există, aşa că îşi reprimă calităţi care-l individualizează. În cele din urmă, logica paradoxală din spatele acestui lucru sună în felul următor: numai dacă *eu* nu exist, mama mea va fi de acord *cu minei* Dacă reuşesc *ca eu* să nu exist, am voie să fiu prezent. Ulterior se poate întâmpla ca asemenea atribuiri să fie făcute şi de către tati, fraţii mai mari sau de către rude şi să apară noi aşteptări şi cerinţe, care să nu permită dezvoltarea a ceea ce îi este caracteristic unui copil.

Totuşi, aceste atribuiri spun prea puţine despre copil – ele vorbesc mai curând despre persoanele care vin cu aceste evaluări. Ceea ce este caracteristic atribuirilor este faptul că ele sunt plasate, în calitate de constructe mentale, deasupra realităţii şi sunt impuse acesteia. Astfel, de exemplu, diagnosticele medicale spun mai multe despre medic decât despre pacient. Procesul atribuirilor poate continua şi la grădiniţă, la şcoală şi în cercul de prieteni, fără ca un copil sau un adolescent să se poată apăra şi distanţa de aceste etichetări. Astfel, de exemplu, notele şcolare nu sunt nimic altceva decât atribuirile unui sistem şcolar competitiv la adresa elevilor săi. Este o caracteristică a „instituţiilor totale” (Goffman, 2004) faptul că ele îi supun fără milă pe oameni atribuirilor lor.

Dacă o persoană are ghinion, atunci ea trăieşte toată viaţa într-o societate şi într-o cultură unde totul se reduce

la aceste atribuiri, cu care persoana trebuie să se identifice şi care nu permit dezvoltarea unei identităţi proprii. Există grupuri sociale în care este reglementat şi prevăzut pentru fiecare persoană în parte tot ceea ce trebuie să facă şi să nu facă: circumstanţele naşterii sale, apartenenţa religioasă, cariera şcolară, alegerea partenerului şi întemeierea unei familii, activitatea profesională şi moartea.

Formula de bază a unei astfel de vieţi este următoarea: *tu = eu = noi*. Tu ar trebui şi trebuie să fii aşa cum eu şi noi avem nevoie să fii. Un asemenea colectivism înăbuşă în faşă orice individualitate „Noi" ştim cel mai bine cum trebuie să se desfăşoare viaţa ta! Ceea ce „noi" vrem de la tine trebuie să reflecte şi voinţa ta! Într-o dictatură fascistă formula de bază este următoarea: poporul tău este totul, tu eşti un nimic! Ne putem dobândi identitatea numai atunci când avem posibilitatea şi libertatea de a analiza critic şi de a respinge atribuirile care ni se fac.

Identificările

Pe măsură ce ne formăm identitatea trebuie să ne ferim nu doar de atribuiri. Adesea trebuie să ne întrebăm şi dacă lucrurile cu care ne identificăm sunt bune pentru noi. Formula de bază în cazul identificărilor este următoarea: *eu = tu*.

Identificările nu sunt în sine ceva negativ. Identificarea cu alte persoane poate accelera procesele de învăţare, cum ar fi, de exemplu, atunci când un copil îşi însuşeşte limbajul imitând limbajul mamei sale. Procesele de identificare îl pot, de asemenea, motiva pe un om să devină la fel de bun ca modelul pe care îl admiră. Însă ele îl pot şi împiedica să perceapă lucrurile cu propriii săi ochi, să simtă şi să gândească autentic, determinându-l să se identifice cu ceva care în cele din urmă îi va dăuna.

Dacă persoana nu ajunge să-şi formeze un eu propriu stabil, ea va avea dificultăţi în a se desprinde de propriii părinţi, de familie, de sistemul de rudenie, de locul natal

sau de o religie, precum şi în a păstra distanţa necesară pentru a se dezvolta sănătos. Astfel, „ceilalţi” rămân toată viaţa puncte de referinţă ale propriei existenţe. În felul acesta nu se poate face o distincţie clară şi sigură între ceea ce eu trăiesc şi ceea ce ceilalţi trăiesc. De aceea, mulţi oameni sunt implicaţi simbiotic în traumele părinţilor, fraţilor, strămoşilor sau compatrioţilor lor, pe care le percep ca fiind ale lor. Într-un colectiv care nu promovează formarea identităţii, „destinul” fiecărui membru individual devine „destinul” tuturor celorlalţi. În cazul acesta nu există o distincţie clară între suferinţa colectivă şi suferinţa individuală. Astfel, colectivităţi întregi se pot cufunda tot mai mult în suferinţa „strămoşilor” lor şi în dinamica agresor-victimă care se dezvoltă din ea. Toţi merg împreună în abisul trecutului lor. În felul acesta nu poate fi creat un nou viitor.

Nu putem să ne formăm o identitate proprie doar din identificări, adică din formula *eu = tu*, respectiv *eu = noi*. Ceea ce preluăm de la ceilalţi trebuie să comparăm cu propriul nostru etalon, cu ceea ce ne este specific nouă. Ce semnificaţie are *pentru mine* faptul de a învăţa ceea ce modelul meu poate deja? De ce am *eu* nevoie de acest lucru? Ce este important pentru *mine* în legătură cu acest lucru? Adesea, atunci ne vom da seama că acelaşi lucru poate fi important pentru noi dintr-un cu totul alt motiv decât acela pentru care l-am preluat.

Chiar şi atunci când iubim o altă persoană, se pune întrebarea cât de mult trebuie să ne identificăm cu percepţiile, sentimentele şi gândurile sale sau în ce măsură putem pretinde ca ea să se identifice cu noi. *eu = tu = noi* este o formulă relaţională simbiotică din care practic nu poate lua naştere nimic nou. Dacă în schimb este concepută şi trăită o formulă de tipul *noi = eu + tu*, categoria noi are o valoare mai mare şi va deveni ceva unic, pe care nici eu singur, nici tu singur nu l-am putea materializa. Numai un asemenea noi merită, practic, osteneala de a pune în concordanţă diferitele nevoi ale

persoanelor implicate. Nu are niciun sens ca partenerii să-şi investească timpul şi energia vitală în relaţii care constau în repetarea aceloraşi tipare vechi.

Delimitările

Dacă în culturile colectiviste delimitările sunt stigmatizate, fiind considerate trădări la adresa familiei, religiei sau culturii, în culturile individualiste suntem adesea sfătuiţi că ar trebui să ne delimităm mai mult sau ar trebui să ne protejăm mai bine graniţele personale, pentru a nu fi încălcate de ceilalţi. Deşi acest lucru pare a fi bine intenţionat, totuşi delimitările singure nu ne ajută să ne formăm propria noastră identitate. A spune ceea ce nu vreau să fac, cui mă împotrivesc şi faţă de cine şi faţă de ce sunt diferit poate fi, ce-i drept, un prim pas în căutarea propriei specificităţi. Totuşi, acest lucru nu duce la formarea propriei identităţi. Dimpotrivă, poate fi chiar un indiciu cu privire la lipsa propriei specificităţi, dacă mă raportez permanent la ceilalţi, pe care îi critic sau îi resping. „Nu vreau să devin niciodată ca mama mea" sau „Vreau să mă desprind din relaţia complicată cu mama mea" – asemenea gânduri continuă să o plaseze pe mamă în centrul atenţiei şi îţi îndreaptă preocupările şi energia asupra ei şi nu asupra propriei specificităţi. În spatele acestor gânduri se află dorinţa copilărească nesatisfăcută de a fi iubit de mamă.

Identitatea sănătoasă

Avem o identitate sănătoasă atunci când este asigurată unitatea psihicului nostru, deci când nu trebuie să ne clivăm pentru a face ceva şi pentru a stabili o relaţie cu alte persoane. În cazul acesta, un eu sănătos, o voinţă proprie, propriile percepţii, propriile sentimente, propriile gânduri, propriile amintiri, propriile acţiuni pot interacţiona armonios în propriul corp, în cadrul relaţiilor pe care le-am ales noi înşine.

O identitate sănătoasă se dovedeşte a fi utilă în primul rând în relaţiile noastre. Când avem o identitate sănătoasă, nu ne identificăm cu alţi agenţi şi cu atribuirile

pe care ei ni le fac. Atunci putem stabili şi crea relaţii care să ne aducă un beneficiu reciproc, în care să existe un echilibru între a da şi a lua şi care să genereze situaţii de tipul „*win-win*” pentru toate persoanele implicate. Atunci putem, de asemenea, să ne desprindem cu uşurinţă din relaţiile care nu ne fac bine şi ne îmbolnăvesc pe termen lung, care simt aşadar relaţii de tipul „eu câştig – tu pierzi” sau chiar „eu pierd – tu pierzi”.

Jesper Juul a scris frumoasa frază: „Iubirea este arta de a transforma sentimentele iubitoare într-un comportament iubitor, fără a renunţa la sine”. (Juul, 2013, p. 76) Iubirea care pretinde renunţarea la sine nu poate fi o iubire sănătoasă. Cine trebuie să se sacrifice pentru familia sa, pentru poporul său, pentru ţara sa sau pentru Dumnezeul său, pentru a fi, chipurile, iubit, ar trebui să se întrebe de ce lucrurile au ajuns atât de departe în viaţa sa. De ce am devenit aşa? Ce mi-au făcut ceilalţi şi ce am permis să mi se facă, astfel încât renunţarea la sine îmi pare a fi singura cale spre fericire? Mai ales că, în cazul unor asemenea atitudini de victimizare, termenii „familie”, „popor”, „patrie” sau „Dumnezeu” simt doar nişte constructe mentale generale, adică nişte atribuiri făcute la adresa realităţii, care au puţin sau nimic de-a face cu viaţa reală şi cu diversitatea şi complexitatea ei. Adesea, ele îşi au originea în fanteziile violente.

Eul şi şinele

Un termen specific legat de problema identităţii este „sinele” în limbajul uzual, ne referim la acest „sine” în diferite variante, de exemplu: „Vreau să fac *eu însumi* acest lucru!”, „Trebuie să mă protejez pe *mine însumi*” sau „Stima mea *de sine* este scăzută” Termenul „sine” este un cuvânt de referinţă raportat la propriul eu. În cadrul unor structuri psihice sănătoase, nu există nicio contradicţie între eu şi sine. A fi tu *însuţi* înseamnă, de asemenea, a te simţi ancorat în propriul corp. În schimb, atunci când strategiile de supravieţuire în urma traumei predomină în psihicul unui om, se poate întâmpla ca „sinele” să

reprezinte mai degrabă un element supravieţuitor disociat. El poate apoi funcţiona ca un sine ideal, detaşat de însuşirile reale ale unui om. De asemenea, se poate întâmpla ca, în calitate de „sine superior”, să încerce să se conecteze cu Divinul, care există, chipurile, în exteriorul său.

Iubire de sine sau egoism?

Învăţăturile spirituale, dogmele morale şi religioase ne transmit adesea mesajul potrivit căruia dorinţa de a fi „eu însumi” înseamnă „egoism”, „egocentrism” sau „narcisism”: „Omul se hrăneşte din egoul său, căruia îi este mereu foame de putere. Orice «Eu vreau» este expresia acestei dorinţe de putere. Eul se umflă tot mai mult şi ştie cum să-i forţeze pe oameni să-l slujească, folosind deghizări tot mai noi şi mai nobile. Eul se hrăneşte din delimitare şi îi este frică să se dăruiască, să iubească şi să se unifice. Eul se separă şi dezvoltă un pol, împingând umbra care se formează spre exterior, spre tu, spre mediul înconjurător”. (Dethlefsen şi Dahlke, 2008, p. 83)

Din experienţa şi din cunoştinţele mele, dacă un om se pune în mod conştient în centrul propriei sale vieţi, acest lucru nu este în niciun caz dăunător din punct de vedere social.

Dimpotrivă: când o persoană are o identitate proprie, eul sănătos nu trebuie să se agaţe de alţi oameni şi să se amestece în viaţa lor.

El nu trebuie să dobândească putere şi control asupra altora, deoarece vrea să aibă experienţa propriilor trăiri şi nu vrea să-şi lase distrasă atenţia de la propria suferinţă sau se identifice cu suferinţa altor oameni.

Eul sănătos nu are nevoie de strategii compensatorii, cum ar fi acumularea de posesiuni, consumul de droguri sau alte forme ale comportamentului compulsiv, pentru a fugi de sine şi pentru a-şi ascunde angoasa existenţială şi teama de abandon sau durerea.

Un eu sănătos doreşte să fie plin de viaţă şi să se dezvolte singur. El poate continua să se dezvolte, deoarece

se asumă pe sine în totalitate şi-şi acceptă istoria vieţii şi istoria suferinţelor sale personale.

El îşi este autosuficient, deoarece realizează că îi este îndeajuns să-şi trăiască propriile experienţe de viaţă, pe care le integrează în sine.

Probabil că ceea ce este înfierat în citatul de mai sus ca ţinând de „ego”, de eul egoist, este, din punctul meu de vedere, o strategie de supravieţuire la traumă. Cine a pierdut contactul cu propriul său eu-existenţă sănătos îl substituie pe acesta cu un pseudoeu. Acesta poate să fie umflat şi să se comporte aşa cum precizează criteriile de diagnostic pentru „tulburarea de personalitate narcisică” (ICD 10, F60.8 şi DSM IV, 301.81).

Narcisicul are un sentiment grandios de autoimportanţă; îşi exagerează realizările şi talentele; aşteaptă să fie recunoscut ca superior, chiar şi în lipsa unor realizări corespunzătoare; este preocupat de fantezii referitoare la succesul nelimitat, la putere, strălucire, frumuseţe sau la o iubire ideală; crede că este „aparte” şi unic şi poate fi înţeles numai de alţi oameni speciali ori cu status înalt sau trebuie să se asocieze numai cu instituţii speciale; cerşește o admiraţie excesivă; are un sentiment de îndreptăţire; are pretenţii exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată la dorinţele sale; este un exploatator interpersonal, adică profită de alţii spre a-şi atinge propriile scopuri; este lipsit de empatie; nu este dispus să recunoască sentimentele şi necesităţile altora; este adesea invidios pe alţii sau crede că alţii sunt invidioşi pe el; prezintă comportamente sau atitudini arogante, sfidătoare.

Opusul poate fi un pseudoeu plin de îndoială de sine, de sentimente de vinovăţie şi de ruşine. Oamenii traumatizaţi dezvoltă adesea ambele variante ale pseudoeului. În funcţie de situaţiile reale, unul sau altul dintre aceste pseudoeuri se manifestă apoi în exterior. Astfel, un bărbat se poate simţi invincibil în situaţii de concurenţă cu alţi bărbaţi. În pat cu o femeie, el se poate

transforma uneori într-o figură jalnică.

Întrucât conceptul de „spiritualitate” este de obicei utilizat ignorând conceptul de traumă, se poate ajunge cu uşurinţă la situaţia în care îl aruncăm pe copil cu tot cu apa din copaie. Presupusa soluţie pentru surmontarea unui pseudoeu este considerată a fi în sarcina eului. Din experienţa mea cu oamenii „profund spirituali”, aceştia folosesc adesea ideea de spiritualitate pentru a-şi renega în continuare corpul, care suferă din cauza consecinţelor grave ale traumelor, precum şi experienţele lor dureroase. Ei ajung la ideea că numai „spiritul” lor contează şi de aceea îşi pot privi corpul şi sentimentele ca pe nişte fleacuri. În final, ei ajung să creadă chiar că spiritul lor este cel care le-a creat corpul. Din punctul meu de vedere, aceasta este, de asemenea, o strategie extremă de supravieţuire în urma traumei, în cadrul terapiilor observ modul în care aceste părţi aproape pur spirituale există doar în capul oamenilor, declanşând neîncetat reflecţii. Astfel, ei ignoră necesităţile corpului lor, eliminând totodată din conştiinţă experienţele traumatizante. Ei vorbesc întruna, fără să simtă ceva. Ei dezvoltă un intelectualism cu care uneori îi pot impresiona pe ceilalţi. Ei se autoimunizează împotriva unei posibile îmbunătăţiri a situaţiei lor de viaţă. Temându-se de sentimentele lor adevărate, ei fug în lumea de dincolo a gândurilor lor.

Individualitatea şi pierderea integrităţii

Atât timp cât un om se poate dezvolta sănătos, el rămâne un „individ” El este un întreg care năzuieşte să-şi extindă şi să-şi perfecţioneze forma şi care vrea să-şi păstreze unitatea. Însă, din cauza experienţelor care sunt atât de copleşitoare, încât o persoană trebuie să renunţe la această unitate de dragul supravieţuirii, corpul şi psihicul simt nevoite să se cliveze. Unitatea dintre corp şi psihic, dintre eu, voinţă, percepţie, trăire, simţire, gândire şi acţiune dispare. Astfel, în cele din urmă, apare falsa impresie potrivit căreia corpul poate exista fără „spirit”, iar „spiritul” (sau „mintea”) poate exista fără corp.

Faptul că aceste componente individuale din interiorul corpului şi din cadrul psihicului uman pot eşua fără ca întregul sistem să se prăbuşească poate fi folosit ca strategie de supravieţuire în cazul unei reacţii de urgenţă la o traumă:

Când alimentarea cu hrană sau cu oxigen şi reglarea temperaturii nu mai sunt suficiente pentru întregul organism, aceste resurse pot fi canalizate strict către organele necesare supravieţuirii (inimă, creier).

Când respiraţia devine prea periculoasă, ea poate fi redusă la minimum.

Când propriile mişcări pot avea consecinţe fatale, ele pot fi oprite.

Când percepţia a ceea ce tocmai se întâmplă nu mai poate fi suportată, la nevoie, funcţiile senzoriale pot fi reduse sau întrerupte complet.

Când nu mai avem libertate de decizie, putem recurge la funcţionarea automată.

Când cineva nu mai este capabil să facă faţă asaltului sentimentelor sale, aceste sentimente pot fi reprimate, amorţite şi ignorate.

Când propriile gânduri devin insuportabile, ele pot fi remodelate şi modificate până când sunt percepute ca fiind din nou suportabile.

Când amintirile devin prea chinuitoare, ele pot fi refulate, uitate sau acoperite cu imagini înfrumuseţate.

Când propria voinţă nu mai funcţionează, o voinţă străină poate fi asumată şi percepută ca fiind propria voinţă.

Când, în cele din urmă, propria noastră persoană nu mai prezintă nicio importanţă, când nevoile şi valorile personale nu mai contează deloc, noi putem, în loc să ne epuizăm într-o rezistenţă zadarnică, să trăim „eul” unei alte persoane ca fiind propriul nostru „eu”. În felul acesta putem continua să funcţionăm chiar şi în cele mai nefavorabile condiţii. În cazul dictaturilor, persoanelor oprimate le mai rămâne încă posibilitatea de a se identifica

cu dictatorul „lor”.

Trauma psihică şi clivajele („splitările”)

O traumă psihică este un eveniment căruia un om nu-i poate face faţă folosindu-şi capacităţile sale psihice. Chiar şi reacţiile la stres, care în mod normal ne ajută să ne apărăm în faţa unei ameninţări, devin ele însele un pericol în cazul unei situaţii traumatice. Ele trebuie oprite pentru a nu mai provoca un atacator sau pentru a împiedica o surescitare la nivelul propriei persoane. În cazul reacţiei la stres corpul accelerează la maximum, iar mecanismul de urgenţă al traumei trebuie să frâneze la maximum. Metaforic vorbind, stăm cu un picior pe pedala de acceleraţie şi cu celălalt pe frână. Rezolvarea urgentă a acestei dileme este sarcina unităţii formate din corp şi minte. Această unitate se dezintegrează, se fragmentează şi continuă să fie menţinută prin intermediul proceselor de clivaj.

Dezintegrarea unităţii dintre corpul uman şi psihicul uman ca urmare a experienţelor traumatizante este prezentată schematic în modelul următor (figura 1):

Fig. 1: Schema clivajului psihic rezultat în urma experienţelor traumatizante.

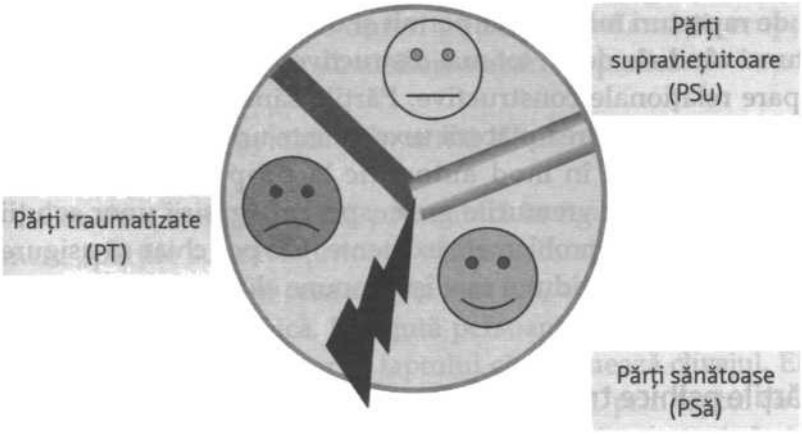
Părţile psihice sănătoase

Psihicul uman este prin natura lui sănătos. Numai experienţele copleşitoare îl forţează să dezvolte programe speciale care să-i permită să-şi continue existenţa. Aşadar, metaforic vorbind, atunci când organismul uman viu este lovit de fulger, el este constrâns să se cliveze.

Chiar şi atunci când are loc o traumă, ulterior continuă să existe o serie de reacţii fizice sănătoase şi de structuri psihice sănătoase. Acestea vor fi mai departe capabile să reacţioneze în mod adecvat la evenimentele realităţii, să le sesizeze şi să le înţeleagă în complexitatea lor. Structurile psihice sănătoase continuă să fie interesate de ceea ce se întâmplă în realitate, aşa cum este ea. Ele permit, de pildă, exprimarea unor sentimente

Corpul meu, trauma mea, eul meu Corpul meu,

trauma mea, eul meu



adecvate situaţiei. Ele ajută la crearea de relaţii interpersonale şi de raporturi intime, dar permit şi desfacerea acestor legături atunci când ele devin tot mai distructive, în loc să devină nişte tipare relaţionale constructive. Părţile sănătoase din psihicul nostru permit trăirea plăcerii sexuale într-un mod responsabil. Ele pot reflecta în mod autocritic la propriile acţiuni. Ele oferă, chiar şi în vremurile grele, speranţa găsirii unor soluţii adecvate pentru problemele existente. Ele pot chiar să asigure perseverenţa individului care îşi propune eliminarea propriului clivaj.

Părţile psihice traumatizate

A doua structură psihică ce ia naştere în urma unei traume este ceea ce eu numesc „părţile traumatizate”. La nivel fizic, acestea rezidă în diferitele forme de dureri usturătoare, înţepătoare, insuportabile, în circuitul dereglat al respiraţiei, al digestiei, în mişcările dificil de controlat, în rigidizarea musculaturii şi în înţepenirea corpului. La nivel emoţional, părţile traumatizate rezidă în anxietatea supradimensionată de moarte şi în cea de abandon, în furia incontrolabilă, în durerea insuportabilă şi interminabilă provocată de pierdere sau de abandon, toate fiind stări care au apărut din situaţia traumatizantă. Şi apoi mai sunt şi sentimentele insuportabile de dezgust, ruşine şi vină.

Părţile traumatizate continuă să trăiască, să perceapă, să simtă şi să gândească la fel ca în situaţia traumatică iniţială. Ele rămân în stadiul de dezvoltare în care se aflau la momentul în care a avut loc evenimentul traumatizant. Stimulii declanşatori pot retrezi cu uşurinţă imaginile, sentimentele şi gândurile din situaţia iniţială. Ele copleşesc şi-i invadează pe oamenii traumatizaţi şi declanşează din nou reacţiile de urgenţă iniţiale. Astfel, pot surveni brusc dureri puternice, inflamaţii, erupţii cutanate sau pot apărea de nicăieri atacuri de panică.

Strategii de supravieţuire în urma traumei

Cea de-a treia structură prezentată în figura 1 eu o denumesc „părţile supravieţuitoare”. Într-o situaţie traumatică ele au rolul de a preveni ceea ce este mai rău, adică moartea fizică şi dezintegrarea psihică. Ele ajută persoana să supravieţuiască situaţiei traumatice, datorită faptului că efectuează clivajul. Ele blochează exprimarea aspectelor traumatizate, prin faptul că le descompun în părţile componente, le golesc de afecte, le îndepărtează de eu şi le elimină din conştiinţă. Iar dacă persoana poate să funcţioneze mai departe, aceasta se întâmplă pentru că acele zone ale corpului care sunt implicate în mod deosebit în experienţa traumatică sunt amorţite, li se reduce afluxul sanguin sau sunt lăsate într-o stare de tensiune şi de încremenire. Sentimentele traumatice sunt depozitate de către mecanismele de supravieţuire în anumite regiuni ale corpului şi sunt blocate acolo. Părţile supravieţuitoare lucrează din greu pentru a face să dispară din conştiinţa persoanei afectate întreaga experienţă traumatizantă. Ele târăsc prin viaţă corpul traumatizat sau părţi ale acestuia ca pe o povară şi nu văd nicio alternativă la asta. Pentru a face acest lucru, aceste părţi supravieţuitoare dezvoltă diferite atitudini fundamentale:

Evită amintirile referitoare la evenimentul traumatic iniţial.

Caută să se convingă singure că nimic nu a fost şi nu este atât de rău.

Inventează o nouă realitate, de exemplu o lume plină de „forţe ale destinului” şi „boli” misterioase, în care trauma care le-a cauzat nu apare.

Ele se ţin sub control nu doar pe ele însele, ci şi pe toţi ceilalţi oameni din mediul lor, pentru a nu-şi aminti de traumă.

Dacă este necesar, se amorţesc cu alcool sau cu droguri sau recurg la ofertele industriei farmaceutice şi iau sedative, somnifere sau analgezice.

Îşi distrag atenţia cu tot felul de activităţi şi, eventual, se dedică în întregime mundi.

Născocesc mereu noi strategii, în cazul în care cele vechi nu mai simt suficiente pentru a împiedica asaltul interior al părţilor traumatizate.

Sunt extrem de recunoscătoare atunci când ceilalţi le fac oferte care le susţin eforturile lor de a ignora trauma şi le arată modalităţi de a merge mai departe fără *a se* confrunta cu trauma lor. Ele investesc în asta mult timp, efort şi bani.

Îşi duc corpul la medici şi vindecători, de parcă nu ar fi al lor, ci un obiect supărător de care altcineva trebuie să aibă grijă.

Îşi înlătură pe cale chirurgicală, cu răceală afectivă, unele părţi ale corpului.

Se supun unor proceduri medicale chinuitoare, în speranţa că vor avea în sfârşit linişte în corpul lor, care, prin inflamaţiile şi durerile sale, le semnalizează că ceva nu este în regulă.

Pentru a supravieţui unei traume, psihicul uman îşi foloseşte capacităţile în scopul de a-şi crea o viaţă psihică aparte, separată de realitate. Un lucru esenţial în ceea ce priveşte strategiile de supravieţuire la trauma psihică este faptul că propriul eu sănătos dispare. El este compensat printr-un eu substitutiv, care în final ajunge să creadă chiar că este eul real. Acesta poate fi un rol în care cineva se refugiază (de exemplu, rolul de mamă sau rolul profesional). La fel, el poate consta în identificarea cu

religia, naţionalitatea sau cu propria regiune. În cazul acesta, „noi” devine mai important decât propriul eu. Dacă asemenea forme de supravieţuire ale eului sunt puse la îndoială de către ceilalţi, acest lucru provoacă de obicei atitudini agresive. Tiradele dezlănţuite dictate de ură de pe internet şi din mediile sociale arată cât de mulţi oameni din întreaga lume sunt traumatizaţi şi nu-şi pot gestiona angoasele existenţiale în alt mod decât prin faptul de a deveni agresivi.

La fel ca eul, şi voinţa este influenţată de experienţele traumatice. Un indiciu clar al faptului că au fost dezvoltate strategii de supravieţuire în urma traumei este atunci când cineva se străduieşte, cu o mare putere de voinţă, să îndure eroic ceea ce este de nesuportat, să ascundă ceea ce ar trebui observat, să vorbească şi să facă ceva fără încetare, pentru a-şi distrage atenţia, să-i ajute pe alţii în mod forţat, să lupte cu toată puterea împotriva unui lucru, să vrea să obţină cu forţa ceva imposibil.

O strategie de supravieţuire la traumă este, de altfel, şi voinţa care cedează complet, care se supune autorităţilor şi le urmează necondiţionat ordinele sau care ar prefera să dispară complet.

Mulţi oameni au crescut în familii în care le-a fost frântă voinţa. Sau şi-au petrecut copilăria şi tinereţea în regimuri autoritare ori în dictaturi în care era periculos să-şi exprime propria opinie şi cu atât mai puţin propria voinţă. Sau au trăit mult timp în cupluri în care au trebuit să se supună voinţei partenerului. Cu toţii trebuie să-şi schimbe atitudinea şi să vadă că propria voinţă este nepericuloasă şi că nu există motive ca să fie sancţionată cu respingere, critici, pedepse şi violenţă. Acest lucru presupune ca ei să-şi poată părăsi relaţiile, familiile şi sistemele sociale care le reprimă voinţa.

Ţinând cont că strategiile de supravieţuire nu pot nici să se analizeze, nici să se recunoască pe ele însele (Ruppert, 2007), se poate întâmpla ca individul să considere ca fiind sănătoase puncte de vedere şi

comportamente care, în realitate, sunt extrem de dăunătoare pentru toate părţile implicate. Un exemplu în acest sens ar fi numărul prea mare de naşteri prin cezariană care au loc în multe ţări ale acestei lumi şi care le traumatizează atât pe mame, cât şi pe copii, generând clivaje psihice. Chiar şi victoriile în alegeri ale preşedinţilor despotici demonstrează faptul că, adesea, majoritatea alegătorilor nu intuiesc când au de a face cu agresori. Din dorinţa lor de a supravieţui traumei, ei devin de bunăvoie victime ale acestora.

Graniţele dintre părţile psihice

În principiu, între diferitele părţi psihice există şase graniţe (vezi figura 1):

gr-ardţa dintre PSĂ ŞI PSu şi graniţa dintre PSĂ ŞI PT, graniţa dintre PSu şi PSĂ şi graniţa dintre PSu şi PT, graniţa dintre PT şi PSĂ şi graniţa dintre PT şi PSu.

Deşi părţile sănătoase (PSĂ) pot învăţa ce sunt părţile supravieţuitoare (PSu), ele nu le pot suprima în mod deliberat, atât timp cât părţile traumatizate (PT) continuă să existe. De asemenea, ele pot intui faptul că în spatele „fulgerului” care a lovit organismul uman viu (vezi şi fig. 1) se află părţile traumatizate, însă nu au încă un acces conştient la ele. Ele pot înţelege realitatea traumei lor abia atunci când se apropie emoţional de părţile traumatizate şi ajung să le perceapă la nivelul afectiv.

Părţile supravieţuitoare se delimitează de părţile sănătoase, susţinând că este imposibil, iluzoriu şi periculos să se concentreze din nou asupra evenimentului traumatic – mai ales că, adesea, acesta nu ar mai fi accesibil. Ele insistă să folosească strategiile care constau în a nu mai dori să simtă spaima pe care au trăit-o. Cu cât presiunea afectivă a părţilor traumatizate devine mai puternică, cu atât aceste părţi supravieţuitoare devin mai stresate, mai hiperactive, mai confuze şi mai dezorientate, mai buimace şi mai lipsite de înţelegere. Ele continuă să se disocieze, fug de realitate şi evadează din corp, adoptând perspectiva observatorului distant. În cazuri extreme, ele ajung într-o

stare în care parcă n-ar mai exista deloc.

Părţile traumatizate se simt abandonate atât de către părţile sănătoase, cât şi de către cele supravieţuitoare. Ele oscilează între resemnare şi revoltă furioasă. Ele sunt deschise totuşi pentru o apropiere plină de compasiune. Întrucât au avut experienţe extrem de negative în ceea ce priveşte relaţiile interpersonale, ezită, de asemenea, să se implice din nou într-o asemenea relaţie. De aceea, apropierea faţă de părţile traumatizate trebuie să fie lentă, prudentă şi tandră. Când părţile sănătoase şi cele traumatizate se apropie unele de altele, astfel încât graniţele dintre ele dispar, sunt eliberate sentimente puternice şi energii vitale. Se ajunge apoi şi la eliminarea tensiunii fizice. Crampele musculare, care au un rol protector, pot fi abandonate. Ţesutul, care înainte a fost menţinut într-un modul de supravieţuire prin inactivitate şi flux sanguin scăzut, poate fi acum reactivat şi realimentat complet. Acest lucru se observă imediat, de exemplu, atunci când mâinile şi picioarele, care înainte erau reci, redevin calde, ochii strălucesc din nou, iar faţa dobândeşte culoarea trandafirie.

Un model structural al traumelor psihice întrucât nu toate traumele psihice sunt identice, trebuie făcută o diferenţiere. În mod clasic, în cercurile de specialişti se face distincţie între monotraumă, adică un eveniment unic, cum ar fi un accident grav de maşină, şi situaţiile traumatizante de lungă durată, de exemplu, o şedere îndelungată în închisoare, incluzând şi torturi repetate.

Este dezbătut, de asemenea, şi termenul de „traumă complexă”, care se aplică, de exemplu, copiilor aflaţi în situaţii familiale abuzive. În acest context, se vorbeşte tot mai mult şi despre „trauma de dezvoltare” (Grabe, 2015; Heller şi Lapierre, 2013).

Încă în urmă cu câţiva ani am elaborat o clasificare care grupează multitudinea posibilelor cauze ale traumatizării oamenilor în următoarele categorii (Ruppert, 2002, 2007, 2015, 2012 a, 2012 b):

Trauma existenţială: în cazul acesta este vorba în mod direct despre viaţă şi moarte, de exemplu, atunci când o mamă încearcă să avorteze copilul pe care urmează să-l nască. Într-un astfel de caz, pentru copil este important, printre altele, să cliveze şi să refuleze frica sa de moarte şi să intre într-o stare de încremenire, altminteri moare din cauza acestei stări de surescitare.

Trauma pierderii unei figuri de ataşament: de exemplu, când un copil moare, moartea lui îi traumatizează pe părinţii sănătoşi din punct de vedere psihic. Tot aşa, un copil este traumatizat atunci când îşi pierde părinţii prematur. Cel mai cumplit sentiment traumatic este în cazul acesta durerea pierderii, care se reaprinde mereu şi care este greu de calmat. În astfel de cazuri, psihicul dezvoltă, de exemplu, iluzia unei reuniri cu persoana iubită în „lumea de dincolo”.

Trauma de iubire: întrucât orice om este dependent de relaţia afectuoasă şi de îngrijirea pe care o primeşte din partea mamei sale, un copil nu poate suporta din punct de vedere psihic lipsa acestei afecţiuni. Chiar şi un tată care îşi respinge copilul îi provoacă acestuia o traumă de iubire. Din experienţa mea, atunci când suferă o asemenea traumă de iubire, persoanele afectate recurg la şase strategii de supravieţuire diferite:

— Ele luptă toată viaţa pentru a câştiga dragostea părintească ce le-a fost refuzată.

— Îşi idealizează părinţii.

— Se identifică cu strategiile de supravieţuire la traumă şi cu atribuirile făcute de părinţii lor.

— Încearcă să-şi ajute şi să-şi salveze părinţii.

— Se conectează cu sentimentele traumatice ale părinţilor lor.

— Îşi ignoră propriile lor traume psihice.

Trauma de sexualitate: atunci când o persoană este stimulată sexual şi forţată să întreţină acte sexuale împotriva voinţei sale, acest lucru este o lezare atât de puternică a întregii sale identităţi, încât sentimentele de

durere, de trădare şi de umilinţă legate de aceasta, senzaţiile de teamă, de furie, de ruşine şi de dezgust insuportabile trebuie clivate din conştiinţă (Rhodes, 2014). În majoritatea cazurilor are loc o separare aproape completă a funcţiei eului de simţul corpului propriu. Acest lucru devine cel mai evident, de exemplu, în cazul aşa-numitei „anorexii". Persoanele afectate ar prefera să se debaraseze complet de corpurile lor, deoarece acesta este asociat cu nevoia de contact fizic, care este exploatată de către agresori. Ca urmare a separării dintre corp şi eu, adesea, persoanele afectate nu sunt sigure nici după ani îndelungaţi de terapie dacă au suferit sau nu un act de agresiune sexuală. Chiar dacă nenumărate indicii fac trimitere la o traumă sexuală petrecută în copilărie, ele nu cred cu adevărat acest lucru. O portiţă de scăpare o constituie adesea ideea că sentimentele legate de abuzul sexual au fost eventual „preluate" de la mamă, adică pacientul s-ar fi identificat în mod inconştient cu sentimentele acesteia. Ruşinea de a fi suferit o traumă sexuală este atât de mare, încât nici măcar simptomele fizice dare, precum inflamabile organelor genitale, durerile abdominale din timpul actului sexual, durerile puternice din regiunea anală etc. nu pot convinge persoana să recunoască până la capăt faptul că a suferit o traumă sexuală.

Trauma de ataşament: într-un asemenea caz, o persoană este blocată într-o comunitate în care există în mod predominant relaţii de tipul agresor-victimă. Această comunitate poate fi familia sa de origine, satul în care creşte, firma în care lucrează sau întreaga ţară al cărei cetăţean este. Cine trăieşte într-o asemenea comunitate este fie victimă a violenţei, fie autor al unor acte de violenţă şi, în majoritatea cazurilor, şi unul, şi altul în acelaşi timp. În cadrul unor asemenea sisteme, chiar şi copiii foarte mici devin violenţi cu fraţii lor sau cu tovarăşii lor de joacă. Acest lucru generează la nivel psihic o multitudine de atitudini specifice rolurilor de victimă şi de

agresor. Pentru a putea ascunde adevărul despre propria calitate de victimă şi de agresor şi pentru a nu fi nevoiţi să simtă consecinţele violenţei, persoanele implicate inventează mereu noi strategii de supravieţuire. Ele neagă actele de violenţă, definesc realitatea după propriul plac şi se străduiesc din plin să creeze aparenţa unei armonii între victime şi agresori. Acest lucru stă la baza tuturor constructelor ideologice posibile, fie ele rasiste, naţionaliste, sexiste, religioase sau economice.

O strategie de supravieţuire aleasă frecvent este refugiul în conceptul de „boală”. Atât agresorii, cât şi victimele sunt denumiţi „psihopaţi” sau „bolnavi mental”. Consecinţele violenţei primesc nume, cum ar fi, de exemplu, „cancer”, „boală autoimună” sau „nevralgie de trigemen” (o formă de durere facială), a căror origine nu mai poate fi recunoscută. Astfel, tragediile relaţionale bazate pe violenţă devin, chipurile, probleme legate de ştiinţele naturale, care trebuie rezolvate prin intervenţii tehnice.

„Trauma timpurie”.

Dacă din perspectiva unei biografii umane se iau în considerare posibilităţile de a fi traumatizat, atunci, încă de la începutul vieţii pot exista evenimente pe care eu le denumesc „traume psihice timpurii” (Ruppert, 2014). Dintre acestea fac parte, printre altele, tentativele de avort (Hoppe, 2014, Evertz, 2015), lipsa unui contact afectiv şi actele de violenţă suferite în pântecele mamei, traumele din timpul naşterii cauzate de operaţia cezariană, de intervenţia cu forcepsul sau de extragerea fătului prin vidextracţie, separarea de mamă imediat după naştere sau şederea într-un incubator cauzată de o naştere prematură.

„Trauma timpurie” este deosebit de relevantă în ce priveşte consecinţele traumatice care se manifestă la nivel corporal. Căci, în această etapă timpurie de dezvoltare, corpul şi psihicul trebuie să aibă mai întâi de toate o relaţie stabilă. Ele pot fi separate cu uşurinţă ca urmare a evenimentelor mai sus-menţionate:

Pentru a supravieţui unei traume timpurii, organismul viu trebuie să facă încă de la început tranziţia de la programele de dezvoltare la programele pentru situaţii de urgenţă. Funcţiile de bază energetico-materiale trebuie menţinute, altminteri se ajunge la o moarte prematură. Este vorba, în primul rând, despre a suporta efectele dăunătoare pentru organism şi de a rezista în situaţia de urgenţă. Satisfacţia subiectivă de viaţă şi năzuinţa către o stare de bine trebuie lăsate pe ultimul loc.

Conştientizarea corpului propriu (faptul de a-l percepe şi de a-l simţi) trebuie diminuată sau chiar abandonată complet în aceste condiţii vitrege. În felul acesta ia naştere devreme un dualism: aici se află existenţa mea spirituală, iar acolo se află corpul meu, care este la discreţia lumii, precum un obiect. Pentru a putea de fapt supravieţui, trebuie să mă distanţez de corpul meu care mă doare, să-l percep ca pe un corp străin care nu are nimic de-a face cu mine.

În cazul traumelor psihice timpurii, eul copilului nenăscut şi al nou-născutului, care abia începe să dezvolte, este puternic influenţat de psihicul mamei. Prin urmare, adesea sentimentele traumatice ale mamei acoperă sentimentele şi eul copilului. Însă, întrucât copilul trebuie să stabilească un contact afectiv strâns cu mama sa, acest lucru face ca un copil să nu poată distinge bine între ceea ce îi este propriu şi ceea ce aparţine mamei lui. Ce-mi aparţine mie şi ce-i aparţine ei? Unde se termină fiinţa mea şi unde începe fiinţa mamei mele? Care sunt sentimentele ei şi care sunt sentimentele mele? Ce am trăit eu în timpul naşterii şi ce a trăit ea?

Mamele traumatizate nu-şi pot ajuta copiii să distingă între experienţa ei şi experienţa lor. Dimpotrivă: uneori sunt bucuroase că se pot agăţa de copil, deoarece ele însele nu au nici sprijin şi niciun eu propriu sănătos. Problemele pe care le are copilul le pot distrage atenţia de la propriile lor traume. Preferă să se ocupe de „problemele” copilului, în loc să se ocupe de propriile lor

probleme. În felul acesta, copilul devine „mingea de ping-pong” a strategiilor de supravieţuire ale mamei.

În cazul unei traume timpurii, mama – care ar trebui să fie de fapt pentru copil sursa de hrană, a sentimentului de siguranţă, de protecţie, de iubire şi de bucurie de a trăi – devine cauza morţii, a bolii, a suprasolicitării şi a aversiunii. Astfel, copiii dobândesc frica de contact, de atingeri şi de alimentaţie, care ulterior se manifestă prin dezvoltarea unor „boli ale copiilor”, precum „dureri de burtă”, „enurezis”, „encoprezis”, „astm”, „neurodermită” sau „alergii alimentare”. A fi nevoit să trăieşti cu o mamă care te respinge te îmbolnăveşte atât din punct de vedere psihic, cât şi fizic.

Având în vedere amploarea traumelor timpurii, care afectează de obicei generaţii întregi, mi se pare puţin surprinzător faptul că noi, toţi, ne supunem unei economii ce corespunde tiparului unei mame care dă greş: hrana este oferită numai în schimbul abandonării de sine, al supunerii şi disponibilităţii maxime de a face performanţă. Noi trebuie să slujim „economia” – şi nu ea pe noi. Trăim pentru a munci şi nu muncim pentru a trăi. Trebuie să ne simţim vinovaţi pentru că existăm şi trebuie să purtăm această vină întreaga viaţă trudind şi muncind. Propria noastră valoare este apreciată prin prisma unor lucruri neesenţiale: banii şi datoriile (Graeber, 2014).

Biografia traumei: de la „trauma de identitate” şi…

Termenul de „traumă timpurie” este o categorie temporală. Cea care ar fi, din punct de vedere logic, prima formă de traumă psihică eu o denumesc „trauma de identitate” în cazul ei, practic propria existenţă, propria viaţă este pusă sub semnul întrebării. De ce? Deoarece în cazul acesta persoana nu ar trebui de fapt nici măcar să existe, pentru că nu este dorită de către mama sa. Adesea, ea nu este dorită nici de tatăl său. Acest lucru înseamnă că copilul trebuie să se afirme în faţa unei mame care îl respinge şi, prin urmare, îi este ostilă sau, în cel mai bun caz, este „doar” indiferentă faţă de el. Astfel, viaţa sa este

încă de la început o luptă pentru existenţă. Chiar şi unirea ovulului cu spermatozoidul este, în majoritatea cazurilor de traume timpurii, parte a unei dinamici de tipul agresor-victimă, deoarece femeia devine însărcinată, deşi nu doreşte acest lucru. Astfel, tatăl copilului poate semăna cu iniţiatorul unei aventuri de-o noapte, care pleacă după ce face sex, cu soţul care insistă asupra dreptului său de a face sex în mod regulat sau cu violatorul care îşi însuşeşte pur şi simplu ceea ce pretinde că i se cuvine.

După fecundare, fiinţa nou-concepută este nevoită, în asemenea circumstanţe, să-şi caute locul într-un uter în care nu este binevenită. Implantarea ovulului fecundat în peretele uterin devine astfel un prim obstacol major care trebuie depăşit, deoarece organismul matern practic nu vrea să ofere spaţiu acestui copil. Dacă copilul reuşeşte totuşi să găsească un loc liber în care nu este identificat de către sistemul imunitar al mamei ca fiind un corp străin şi nu este distrus, în perioada imediat următoare trebuie să o forţeze pe mamă să-l alimenteze cu substanţe nutritive, deoarece aceasta nu i le oferă cu plăcere.

Pentru omul nou-conceput, pot trece săptămâni în care stă cu sabia lui Damocles deasupra capului, în timp ce mama se gândeşte să avorteze acest copil. Eventual, pot avea loc chiar tentative de avort, cărora el trebuie să le supravieţuiască. În unele cazuri, pe care le cunosc din practica mea, mama crede că avortul a fost reuşit, deoarece, de exemplu, unul dintre gemenii nou-concepuţi a fost omorât, în timp ce celălalt copil a supravieţuit totuşi avortului.

Chiar dacă în lunile mai înaintate de sarcină nu mai există pericolul uciderii imediate, iar mama s-a resemnat cu faptul că nu poate evita sarcina, totuşi copilul nu este menajat. Mama lui probabil că bea şi fumează, se alimentează prost, efectuează munci fizice grele sau trăieşte într-un mediu zgomotos şi rece, întreaga perioadă a sarcinii poate deveni o tortură pentru copil. El se simte neocrotit, neprotejat şi complet abandonat. Mama ignoră

toate încercările lui de a lua contact cu ea şi le respinge.

Aşadar, pentru un asemenea copil este important să reziste până la naştere. Iar procesul naşterii este de obicei, de asemenea, foarte neplăcut, deoarece nici acum copilul nu poate stabili o relaţie constructivă cu mama sa. Naşterea poate fi pentru o mamă ultima ocazie de a aduce pe lume, fără viaţă, un copil nedorit. De aceea, copilul se poate bloca pe canalul de naştere, lucru care, în obstetrica de urgenţă, duce apoi la extragerea fătului prin vidextracţie, la intervenţia cu forcepsul sau la operaţiile cezariene. Uneori şi o naştere foarte rapidă („naştere precipitată”) poate fi un semn că mama doreşte să se descotorosească iute de copilul nedorit. În felul acesta, şi naşterea devine pentru copilul nedorit o experienţă traumatică.

Acestor copii nu li se oferă dragoste nici după naştere: ei nu intră în contact cu pielea caldă a mamei, nu au parte de priviri drăgăstoase, de o alăptare duioasă şi nici de ocrotire şi protecţie. Copilul este apucat cu nişte mâini tari şi reci, este privit cu nişte ochi goi, plini de ură, este curăţat, îmbrăcat şi hrănit mecanic. În cea mai mare parte a timpului, el este lăsat complet singur şi nu este luat în seamă. Este lăsat să ţipe până la epuizare. Copilul nu poate avea încredere în nicio persoană din mediul său. El trebuie să se ferească permanent de atacurile violente, psihice şi fizice, care au loc atunci când îşi exprimă nevoile. Un copil care este iubit îşi întinde mâinile spre mama şi tatăl lui. În cazul unui copil nedorit, deja după câteva încercări nereuşite de a stabili un contact, braţele lui atârnă din umeri de parcă ar fi paralizate.

Faptul că exişti, deşi de fapt nu ar trebui să o faci, nu poate fi suportat pe termen lung. Nevoia de a avea propria viaţă, de a putea fi aşa cum eşti trebuie abandonată în favoarea adaptării la un mediu respingător. În loc de a fi tu însuţi, supunerea faţă de regulile unui mediu ostil şi indiferent devine o necesitate, pentru a supravieţui. Cum poate fi suportată durerea respingerii, cum pot fi suportate

singurătatea şi izolarea? Cum te poţi descurca cu puţinul care ţi-a mai fost lăsat? Astfel, ia naştere o întrebare esenţială: cum te poţi adapta la nevoile celorlalţi în aşa fel încât aceştia să te lase măcar să supravieţuieşti? Propria bucurie de a trăi, propria vitalitate, propria voinţă, încrederea în forţele proprii, propriul eu – toate acestea trebuie abandonate pentru a putea rămâne în relaţie cu un mediu respingător, care te împiedică permanent să te dezvolţi.

Când mi-am formulat pentru mine intenţia „De ce trebuie să muncesc atât de mult?”, am conştientizat într-un mod dureros că până atunci mă identificasem cu imensa conştiinciozitate a mamei mele: „Cine nu munceşte n-are voie să mănânce!” în spatele acestei afirmaţii se afla ruşinea mea că nu am fost un copil dorit şi că i-am stat mereu în cale. Mă ruşinam pentru simpla mea existenţă, pentru faptul că am fost o povară pentru părinţii mei. În consecinţă, am vrut să pot face totul singur încă de timpuriu: să nu-mi mai fac nevoile în scutec, să-mi leg singur şireturile la pantofi, să nu solicit atenţie şi să mă fac cât mai util pentru părinţii mei. Am adoptat această atitudine chiar şi faţă de fraţii mei mai mici. Şi au fost nevoiţi să poată face totul singuri cât mai devreme, pentru a nu fi o povară pentru părinţii noştri. Am sfidat nevoile copilăreşti. Deja de la vârsta de doisprezece ani nu am mai cerut bani de la părinţii mei şi am „câştigat” suficient de mulţi bani în urma serviciilor pe care le-am făcut bunicii mele şi unui unchi „bogat”, încât am putut să-mi finanţez singur activităţile mele modeste de petrecere a timpului liber. Deşi realizasem foarte multe în viaţa mea profesională, ruşinea de a fi totuşi, până la urmă, insuficient, incapabil şi nevaloros m-a însoţit până la această constelaţie.

O variantă importantă a traumei de identitate se referă la sexul copilului – este trauma care apare când o mamă sau un tată nu vrea să aibă acel copil, deoarece îl consideră a fi de „sex greşit” în societăţile patriarhale

acest lucru este valabil mai ales pentru fete, deoarece faptul de a avea un fiu are pentru „familie” o „valoare” aparent mai mare. Acest lucru este legat de ideea că fiul trebuie să ducă mai departe numele tatălui, să continue tradiţia familiei/clanului, să preia ferma sau firma tatălui. Această atitudine este întărită şi de practicile căsătoriei, potrivit cărora fetelor trebuie să li se dea zestre, în timp ce fiii pot primi această zestre. În India, de exemplu, familiile cad tot mai mult în robia îndatorării, deoarece trebuie să ia credite pentru căsătoria fiicelor lor (Kakar, 2015).

Respingerea sexului unui copil poate pomi, de asemenea, direct din partea mamei atunci când sexul copilului declanşează propria ei traumă. Astfel, ca urmare a experienţelor ei de violenţe suportate din partea bărbaţilor, o viitoare mamă poate avea o reacţie de şoc atunci când îşi dă seama – conştient sau inconştient – că copilul din pântecele ei este o fiinţă de sex masculin. O parte din ea se apără apoi împotriva acestui bărbat în devenire, îl respinge sau luptă împotriva lui. Băiatul din pântecele mamei primeşte astfel următorul mesaj: „Nu eşti adecvat ca fiinţă de sex masculin şi nu ar trebui să fii şi să devii un bărbat”. O parte supravieţuitoare a mamei poate fi recunoscută atât în copilul de sex masculin, cât şi în salvatorul care pe viitor va trebui să o protejeze de violenţa bărbaţilor. Apoi copilul nenăscut primeşte deja, în mod inconştient, misiunea de a deveni un „supraom”. Însă el nu trebuie să aibă sex, pentru a nu-şi ameninţa propria mamă cu sexualitatea sa. Drept urmare băiatul poate dezvolta o mare nesiguranţă, ruşine şi confuzie, care se pot manifesta pe parcursul întregii sale vieţi în relaţiile cu femeile. De teama respingerii de către mamă, el îşi percepe masculinitatea şi sexualitatea ca fiind ameninţătoare şi dobândeşte sentimente de vinovăţie.

Mamele pot manifesta reacţii traumatice chiar şi înaintea naşterii, atunci când conştientizează faptul că vor avea o fetiţă, deoarece, ca urmare a propriei lor poveşti de viaţă, asociază neputinţa, suferinţa şi victimizarea cu ideea

de a avea o fetiţă, în cazul acesta, fetiţa nenăscută simte deja că nu este adecvată aşa cum este. În ochii mamei sale, ea nu va putea fi niciodată perfectă, indiferent ce-ar încerca să facă. Atât timp cât mama îşi proiectează trauma asupra fiicei ei, din cauza grijilor şi greutăţilor sale, ea îi blochează acesteia posibilitatea de a avea propriile ei perspective în calitate de femeie.

În cazul unei traume de identitate, strategia fundamentală desupravieţuire constă în căutarea unei nonidentităţi. Acest lucru înseamnă că un om încearcă din răsputeri să ascundă în mod ruşinos faptul că nu este dorit şi că felul său de-a fi nu este adecvat. De aceea, el nu se mai raportează în mod empatic la propria persoană. Preferă să nu mai ştie nimic despre copilăria sa timpurie sau o înfrumuseţează peste măsură. El insistă asupra faptului că nu trebuie să-şi analizeze „petele oarbe”. Se identifică repede şi în mod necritic cu opiniile, atitudinile şi credinţele pe care le-au creat alţi oameni, la fel de traumatizaţi. Pe parcursul vieţii sale îşi risipeşte energia tot mai mult în exterior. Acceptă cu plăcere atribuirile făcute de ceilalţi, deoarece se simte gol în interior şi încearcă, la rândul său, să-şi structureze mediul înconjurător folosind aceste atribuiri.

Trauma de identitate reprezintă fundamentul identificării, fără limite şi în mod necritic, a oamenilor cu familia, religia, naţiunea, cultura, partidul sau cu tot ceea ce apare în mediul lor. Într-un mediu în care identitatea este şi aşa pusă pe aceeaşi treaptă cu identificarea civilă (sau de alt tip), acest lucru nici măcar nu este observat. Dimpotrivă, necesitatea de a-ţi asuma o identitate devine o cerinţă căreia trebuie să i te conformezi, pentru a nu fi exclus din aceste comunităţi de supravieţuitori ai traumelor. Recunoştinţa pe care o ai pentru că ţi se dă voie să trăieşti, sentimentele de vinovăţie pe care le ai când te simţi o povară pentru ceilalţi şi faptul de a face sacrificii (dar fără să te plângi) pentru aceste pretinse comunităţi sunt lucruri pe care ele le pretind în mod explicit ca

atitudini de viaţă.

Se poate întâmpla chiar ca ideea de a dispune de un eu propriu să fie percepută ca fiind ameninţătoare, deoarece dorinţa de a fi unic provoacă şi mai multe acte violente din partea agresorului, iar ataşamentul faţă de părinţii traumatizaţi ar trebui altminteri complet abandonat. Astfel, strategiile de supravieţuire în urma traumei pot consta în înlăturarea completă a propriului eu sănătos, ca şi cum nu ar aparţine persoanei respective. În schimb, acest ins ajunge să se identifice într-un mod impersonal cu agresorul, care nu poate fi recunoscut şi numit ca atare. Dintre toţi autorii pe care îi cunosc, Amo Gruen a descris această situaţie cel mai clar. Gruen vorbeşte despre faptul că noi ajungem să ne simţim propriul eu ca pe un străin în interiorul nostru şi e ca şi cum ne trădăm permanent pe noi înşine (Gruen, 2000, 2014, 2015).

Un tânăr cu care lucrez în terapie mi-a spus odată următorul lucru: „Eu nu vreau un eu propriu. Un eu propriu înseamnă înaltă trădare, eşec şi abandon”. El nu fusese dorit de mama sa, care îl folosea şi îl manipula pentru a-şi pune în aplicare, după bunul plac, strategiile ei de supravieţuire. Faptul de a fi numai tu prezent pentru propria mamă sau pentru propriul tată devine, în aceste condiţii, sinonim cu dreptul la existenţă al acelui om. El nu mai are nicio idee despre cum ar putea să existe fără să trebuiască să stea la dispoziţia părinţilor. El crede că, fără părinţii săi, nu va mai fi în stare să trăiască.

În loc să aibă nevoie de ceva de la mama sa pentru propria lui viaţă, un astfel de om are nevoie de mama sa. Ea devine un substitut pentru propria lui identitate. Şi invers, o astfel de mamă are nevoie de acest copil „golit” de eul său, ca substitut pentru propria ei identitate. Căci ea însăşi suferă de o „traumă de identitate” şi, de aceea, îşi exprimă în relaţia cu copilul ei propria ei „traumă de iubire”.

…„trauma de iubire”…

„Trauma de identitate” duce în mod inevitabil la ceea ce eu denumesc „trauma de iubire” Clivate de eul sănătos, propriile nevoi sunt acum subordonate nevoilor persoanelor de la care se aşteaptă iubire. Bunăstarea lor devine o nevoie strict personală. Acest lucru dă naştere unor idei iluzorii despre fericire şi iubire: eu sunt fericit doar dacă şi tu eşti fericit! Iar când nu te simţi bine, eu sunt responsabil să te fac să râzi din nou. Trebuie să fac uz de tot ce am, pentru a te elibera de suferinţă. Eu însumi nu sunt important, principalul este ca tu să te simţi apoi mai bine. Scopul vieţii mele este acela de a-i face pe toţi cei din jurul meu să se simtă bine. Aceasta este pentru mine cea mai mare fericire de pe Pământ! De aceea, mai târziu voi deveni soră medicală, medic, psihoterapeut sau duhovnic, antreprenor sau politician.

În perioada copilăriei mici, iubirea copilului care nu este împărtăşită de către părinţi va fi transferată asupra unui obiect (de exemplu, un ursuleţ de pluş) sau asupra unei alte fiinţe (cum ar fi un câine sau o pisică). Dacă în perioada copilăriei mari sau a adolescenţei ea este transferată asupra unui club sportiv, duce adesea la supunere oarbă şi cu uşurinţă la fanatism. Dacă în adolescenţă ea este proiectată asupra „patriei” sau asupra unei „naţiuni” („Germania, mai presus de toate!”, „*America firsv*”), îşi pierde inocenţa copilărească iniţială. Faptul de a dori să-şi scape de suferinţă părinţii traumatizaţi duce la „patriotism”, „naţionalism” şi, astfel, la dușmănia faţă de alte ţări, iar în final la pregătirea pentru război. Aşa cum o demonstrează exemplele istorice, în cele din urmă acest lucru face chiar ca întreaga lume să ajungă în abisul traumatic al unui „împărat”, al unui „*Führer*” sau al unui „preşedinte”.

„Trauma de iubire” generează, în calitate de strategie de supravieţuire, o implicare în trauma unei alte persoane, deoarece numai în felul acesta persoana A simte o legătură emoţională mai profundă cu persoana B. Când persoana B reacţionează în mod inconştient şi la trauma

care a produs un clivaj în interiorul persoanei A, ambele se simt „înrudite sufleteşte” şi, eventual, iau acest lucru ca bază pentru crearea unui parteneriat şi a unei căsnicii pe termen lung. Apoi părţile lor supravieţuitoare vor căuta mereu cu ardoare şi în mod obsesiv să stabilească această relaţie la nivelul traumei, deoarece doar la acest nivel există o veritabilă legătură sufletească. Această dinamică poate fi observată şi în cazul gemenilor, atunci când, din cauza lipsei resurselor necesare vieţii sau ca urmare a unui avort, unul dintre gemeni a dispărut brusc (Bourquin şi Cortés, 2016).

…până la „trauma de sexualitate” şi…

„Trauma de iubire” pregăteşte, la rândul ei, terenul pentru „trauma de sexualitate”. Respingerea şi dorinţa nepotolită a copilului de apropiere şi de contact fizic îl fac pe agresor, care este blocat în trauma de identitate şi în trauma de iubire, să fie lacom şi neînfrânat. Totodată, şi victima, care de obicei este la fel de singuratică şi de neglijată, devine receptivă la încercările lui de apropiere şi de curtare. De îndată ce barierele au căzut, iar sentimentele de ruşine sănătoase nu mai împiedică desfăşurarea contactelor sexuale inadecvate, abuzurile şi violenţa din cadrul relaţiilor părinte-copil, copil-copil şi bărbat-femeie pot deveni obişnuite şi „normale” Chiar dacă contactul sexual este perceput ca fiind dezgustător şi încărcat de vinovăţie, el nu poate fi abandonat. „Am preferat să am contacte sexuale decât să nu am deloc. Atunci am făcut tot ce mi s-a spus!” Această afirmaţie vine de la o femeie al cărei tată a traumatizat-o sexual în copilărie.

Este deprimant când vezi ce iese la iveală în cadrul terapiilor în ceea ce priveşte traumatizările sexuale:

Tatăl întreţine relaţii sexuale cu fiica sa ani de zile, în timp ce mama se face că nu observă nimic. Când fiica rămâne gravidă, mama organizează apoi avorturile.

Părinţii îşi vând copiii „prietenilor” cu posibilităţi financiare ridicate, pentru perversiuni sexuale.

Mamele îşi seduc în mod regulat fiii încă de la începutul pubertăţii, pentru a întreţine cu ei relaţii sexuale.

Fraţii întreţin ani de zile, cu ştiinţa părinţilor, relaţii sexuale orale, anale şi vaginale cu surorile lor.

În cadrul unor asemenea sisteme familiale şi de rudenie sexualitatea este folosită ca strategie de supravieţuire la traumă, în diverse variante: în scopul monopolizării unei alte persoane, care trebuie să stea permanent la dispoziţie pentru contactul fizic şi sexual; în scopul exercitării unei răzbunări substitutive asupra sexului opus; în scopul obţinerii de-o manieră compulsivă *a* unor sentimente orgasmice; în scopul distragerii atenţiei de la situaţiile de viaţă insuportabile. În spatele acestor lucruri se află singurătatea profundă a persoanelor implicate, care, prin practicile lor sexuale, se iluzionează că nu mai sunt singure şi că, în loc să fie neputincioase, sunt omnipotente, în urma orgasmelor sexuale, ele se simt, cel puţin pe termen scurt, oarecum „pline de viaţă”. Aşa cum în „trauma de iubire” iluziile iubirii sunt folosite ca strategii de supravieţuire, tot aşa se întâmplă în „trauma de sexualitate”: iluziile referitoare la sexualitate nu au nimic de-a face cu realitatea vieţii sexuale. Pentru punerea lor în practică persoanele plătesc un preţ mare, atât din punct de vedere psihic, cât şi fizic.

…„trauma propriei agresivităţi”.

Toate formele de traume duc, în diferite grade, şi la calitatea de agresor faţă de sine însuşi, şi faţă de ceilalţi. Responsabile de acest lucru sunt părţile interioare ale copiilor care se identifică cu agresorii, în special cu mama sau cu tatăl, fiind astfel „loiali faţă de agresori” (Huber, 2013), deoarece aceşti copii sunt complet dependenţi de ei. Ei nu au voie să-şi manifeste furia şi agresivitatea faţă de părinţii agresori, ci trebuie să le reprime. De aceea, ei îndreaptă mânia şi agresivitatea către ei înşişi. Această atitudine poate varia de la ignorarea permanentă a părţilor traumatizate (care se poate manifesta, de exemplu, prin

simptome fizice) până la violenţa făţişă îndreptată împotriva propriei persoane. Printre aceste atitudini se numără, de exemplu, consumul de medicamente şi de stupefiante sau comportamentul autovătămător, care constă, de pildă, în autoprovocarea de zgârieturi sau de arsuri, ajungându-se în cele din urmă chiar şi la tentative de suicid.

Furia neexprimată este întotdeauna îndreptată, într-o formă făţişă sau ascunsă, şi împotriva celorlalţi, care fac parte, mai mult sau mai puţin întâmplător, din propriul anturaj. Ea se poate manifesta prin adresarea unor remarci jignitoare sau prin „pălmuirea" copilului unei alte persoane. Dacă, prin faptele sau prin omisiunile mele, traumatizez alţi oameni şi le provoc un rău ireparabil, atunci am devenit eu însumi agresor. În cazul acesta nu traumatizez doar victima mea. Mă traumatizez şi pe mine prin propria mea faptă sau prin neglijarea acordării unui ajutor necesar, pentru care eram responsabil. Ulterior trebuie să-mi elimin din conştient temerile legate de ostracizarea socială, ruşinea faţă de acţiunile mele, sentimentele de vinovăţie şi mustrările de conştiinţă. Trebuie să mă comport ca şi cum nu s-ar fi întâmplat nimic, respectiv ca şi cum nu acţiunile mele au fost acelea care au traumatizat o altă persoană.

Prin urmare, ceea ce leagă cel mai mult calitatea de victimă de calitatea de agresor este ruşinea care te lasă fără cuvinte şi care generează un stres interior permanent, ca urmare a faptului că nu te mai poţi dezvălui celorlalţi şi eşti nevoit să te negi pe tine însuţi.

Victimele se ruşinează, deoarece au venit pe lume, deşi nu simt dorite, deoarece, potrivit opiniei celor care le-au procreat, au sexul greşit, deoarece nu se simt iubite, deoarece sunt umilite ca urmare a violenţei fizice, deoarece sunt înjosite din punct de vedere sexual, deoarece sunt considerate ca fiind incapabile, deoarece sunt, chipurile, „bolnave".

Agresorii se ruşinează, deoarece ştiu că au comis o

nedreptate, deoarece se tem să nu fie excluşi din comunitatea socială, deoarece sunt arătaţi cu degetul, atunci când faptele lor devin cunoscute.

Muşamalizarea faptelor şi neasumarea responsabilităţii îi determină pe agresori să rămână în continuare nişte agresori. Ei trebuie să-şi nege propria identitate. În felul acesta ei continuă să se înstrăineze de sine tot mai mult. Agresorii nu se tem de nimic altceva mai mult decât de adevăr – de aceea ei mint. Ei reprimă adevărul cu toate mijloacele care le stau la dispoziţie. Adevărul este definit în funcţie de raza de acţiune a autorităţii lor. Ei îi reduc la tăcere pe complicii lor. Fac pe nevinovăţii. Transferă responsabilitatea asupra altora. Dau vina pe victime şi le prezintă ca fiind adevăraţii agresori. Sunt indignaţi de faptele altora. Se prefac că sunt victime şi se simt imediat jigniţi şi ofensaţi atunci când cineva spune ceva împotriva lor. Violenţa devine tot mai mult strategia lor preferată de supravieţuire la traumă. Ei îi atrag şi pe alţi agresori în luptele lor pentru putere, până când, în cazuri extreme, unul dintre ei moare.

Actele de violenţă excesivă ale agresorilor ţin de primitivitatea animalică. Tensiunea crescută din interiorul corpului caută să se elibereze prin actul de violenţă, care duce adesea la distrugerea unei alte fiinţe. Lipsa acută a contactelor şi a relaţiilor interpersonale se transformă, în cazul agresorilor, într-o permanentă predispoziţie pentru conflict, întrucât ceilalţi oameni se tem de ei şi, la rândul lor, devin tentaţi să se lupte şi să comită acte de violenţă. Pentru aceasta, agresorii trebuie să-şi fortifice şi să-şi călească trupul, dar şi să-l despartă de orice fel de afecte. În cazul ideal, pentru agresorul dispus să ucidă, corpul său este doar o maşină pe care el o poate folosi pentru a-şi manifesta impulsurile sale agresive. Întreaga viaţă devine un teatru de război. Şi această dinamică agresor-victimă se manifestă nu doar în timpul războaielor. Chiar şi pe timp de pace oamenii dispuşi la violenţă caută permanent prilejuri de luptă şi de escaladare a violenţei. Ei devin de-a

dreptul „ahtiaţi după violenţă” (Buford, 2010).

Prin urmare, nu te poţi aştepta din partea agresorilor să manifeste înţelegere. Agresorii nu pot conştientiza ceea ce au făcut şi fac decât atunci când îşi percep propria calitate de victimă. Acesta este motivul pentru care au devenit agresori. Calitatea de victimă îşi are adesea originea în copilăria lor şi este adânc îngropată în interiorul lor.

Riscul de a rămâne blocat o viaţă întreagă într-o dinamică agresor-victimă este enorm. Căci, atunci când părinţii sunt blocaţi în ea, îşi atrag şi copiii în această dinamică. Prin urmare, dinamica agresor-victimă se propagă mai departe de la o generaţie la alta, dominând comunităţi întregi. Cine priveşte mai atent Pământul nostru va constata că nu există vreo tară care să nu fie implicată în nenumărate dinamici agresor-victimă – atât în interiorul ţării, cât şi în relaţia cu ţările învecinate. Într-o comunitate în care dinamicile agresor-victimă abundă, chiar şi cuplurile şi familiile au puţine şanse să le evite. Dacă este posibil, ele trebuie să caute nişte nişe sociale în care să scape de aceste dinamici agresor-victimă. În loc să-ţi faci iluzii că poţi „salva lumea”, în multe locuri de pe acest Pământ pare a fi mai realist să te salvezi mai întâi pe tine însuţi *de* această lume.

Multe comunităţi sunt mai degrabă loiale agresorilor decât victimelor. A vorbi despre agresorul care provoacă traume este un tabu mai puternic decât faptul de a atrage atenţia asupra victimei traumatizate. Cine este împotriva războiului este rapid etichetat ca fiind un visător idealist şi primeşte mult mai puţină atenţie din partea opiniei publice decât cei care decid asupra utilizării tancurilor, rachetelor şi mitralierelor. Prin urmare, faptul că diversele comunităţi sunt stăpânite şi guvernate de agresori este mai degrabă o regulă decât o excepţie: atât regii, cât şi preşedinţii aleşi în mod democratic simt iubiţi de supuşii lor, respectiv de „poporul” lor, deoarece sunt consideraţi drept nişte salvatori care au scos ţara din pericol, chiar dacă tocmai ei

sunt cei care au provocat acest pericol şi creează „duşmanii” de care apoi trebuie să-şi protejeze „poporul”. Astfel, într-o situaţie de pericol ar fi important să participe cât mai mulţi oameni la procesul politic de luare a deciziilor, decât să fie lăsate în seama unui autocrat toată puterea şi toate deciziile legate de război şi pace. Căci, din punct de vedere emoţional şi mental, cum ar putea face faţă un singur om complexităţii acţiunilor şi intereselor sociale, economice şi politice? „Bărbatul puternic” sau „femeia puternică” este un mit arhaic şi o iluzie colectivă a părţilor supravieţuitoare. Acest lucru înseamnă de fapt că o comunitate vrea să fie extrem de violentă şi de brutală. Aşa cum o demonstrează istoria, concentrarea întregii puteri în mâinile unei singure persoane (de exemplu, Alexandru cel Mare, Ginghis Han, Cezar, Napoleon, Hitler, Stalin, Saddam Hussein, George Busch etc.) reprezintă, mai devreme sau mai târziu, o cale sigură spre prăbuşirea unei comunităţi.

Cu cât o persoană se angajează mai puternic într-o biografie traumatică şi devine ea însăşi agresor, cu atât mai greu îi va fi să iasă din această situaţie. Acest lucru poate fi observat adesea la politicienii care, odată ce-au ajuns la putere, devin tot mai mult agresori, iar apoi, pentru a-şi ascunde şi justifica faptele, se transformă în dictatori şi interzic societăţii prin toate mijloacele să-i considere drept agresori.

Dacă o biografie traumatică nu este întreruptă în mod conştient, ea va continua să evolueze odată cu individul şi va trece de la o generaţie la alta prin intermediul părinţilor şi odată cu preluarea poziţiilor de putere din cadrul unei societăţi. Prin urmare, n-ar fi o idee înţeleaptă ca acelora care râvnesc puterea şi „responsabilitatea” să li se analizeze mai în detaliu şi biografia lor traumatică? în loc să fie puşi să-şi dezvăluie situaţia financiară actuală, poate că ar trebui să explice ce-a fost pentru ei deosebit de dureros în copilărie şi cum au învăţat să nu transforme această durere într-o atitudine

agresivă.

În figura 2 ilustrez modelul meu de dezvoltare a traumei psihice. El arată modul în care din „trauma de identitate” derivă în mod logic toate celelalte forme de traumă. În cazul multor

Corpul meu, trauma mea, eul meu Corpul meu, trauma mea, eul meu

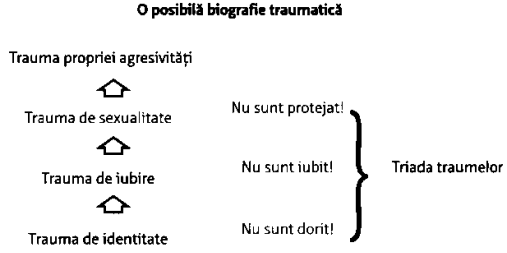


Figura 2: Posibilele etape ale unei biografii traumatice.

oameni cu care lucrez în terapie există o triadă a traumelor: Nu sunt dorit! Nu sunt iubit! Nu sunt protejat! Astfel, de obicei, ei dobândesc şi trauma propriei agresivităţi. Aceasta, precum şi toate celelalte traume precedente, pot fi depăşite numai dacă anterior a fost elaborată, din punct de vedere terapeutic, „trauma de identitate”.

Traumele psihice ca surse ale suferinţei fizice

O traumă psihică poate fi eliminată din conştient. Nimic nu pare a fi mai simplu decât să stingem lumina conştiinţei atunci când realitatea devine insuportabilă. Însă nu putem scăpa de corpul nostru traumatizat. În el rămân experienţele reale ale traumei, chiar dacă, în urma procesului de amorţire şi a celui de clivaj, durerea, frica, furia, dezgustul sau ruşinea nu mai pot pătrunde în experienţa conştientă. Chiar şi atunci când suntem supuşi unei intervenţii chirurgicale, este o iluzie faptul că trupul nu suferă nicio traumă, de vreme ce conştiinţa noastră este deconectată în urma anesteziei. În plus, chiar şi acest lucru este discutabil, deoarece există exemple în favoarea faptului că oamenii îşi pot aminti conversaţiile pe care le-a purtat echipa chirurgicală în timp ce ei erau sub anestezie.

De aceea se poate spune următorul lucru: în corpul nostru este stocat adevărul cu privire la experienţele noastre de viaţă. Corpul nu minte!

Dacă, în urma traumatizării, conştiinţa s-a retras la nivelul superior şi este controlată practic doar de cortexul cerebral, corpul care se află dedesubt este expus forţelor care se află în conflict unele cu altele cu privire la cine poate dispune acum de el, de acest corp, folosindu-l ca pe un instrument. Astfel corpul poate deveni un puzzle alcătuit din structuri separate, în care sunt aruncate părţile traumatizate (de exemplu, o infecţie a degetului de la picior care nu se vindecă). În cazul acesta, diferitele strategii de supravieţuire luptă pentru privilegiul lor de a putea folosi întregul corp.

Atât timp cât oamenii simt captivi în biografia lor traumatică, ei duc o viaţă extrem de stresantă. Adesea este aproape un miracol să vezi cât de mult pot rezista unii oameni din punct de vedere fizic în aceste condiţii. Însă această rezistenţă îşi are preţul ei:

Inima şi sistemul circulator se află permanent sub o mare presiune şi pot ceda brusc.

Muşchii şi scheletul au dureri şi se deformează sub povara tot mai mare a adaptării la circumstanţele traumatizante.

Dinţii se tocesc până la baza lor, dacă noaptea apar mereu în somn evenimentele traumatizante.

În sistemul digestiv nu există criterii de selecţie sigure cu privire la ceea ce este şi ceea ce nu este hrănitor pentru organism, ce trebuie excretat şi ce trebuie revalorificat.

Organele încetează treptat să mai funcţioneze din cauza stresului toxic.

Sistemul imunitar nu mai poate distinge între ceea ce este străin şi ceea ce este propriu şi atacă propriul corp.

Întregul sistem nervos se poate prăbuşi din cauza stresului permanent şi chiar creierul poate înceta treptat să mai funcţioneze, astfel încât omul respectiv ajunge să

fie afectat de dementă.

Corpul este intoxicat tot mai mult din cauza alimentaţiei proaste, a medicamentelor şi a drogurilor.

Cu cât o persoană este blocată mai mult în biografia sa traumatică, cu atât mai multe simptome fizice pot apărea. Unele caracteristici ale suferinţei sunt specifice şi indică o legătură directă cu situaţia traumatică (de exemplu, în cazul infecţiilor din regiunea genitală). Altele, dimpotrivă, sunt nespecifice şi apar, ca semnale de alarmă, în diferite părţi ale corpului (de exemplu, atunci când experienţele de violenţă fizică din copilărie sunt ignorate sau bagatelizate). Fiecare simptom fizic conţine un fragment din istoria vieţii. „Bolile" constituie de obicei doar vârful aisbergului.

Studiul ACE (despre adversităţile din copilărie)

Din punct de vedere ştiinţific s-a cercetat şi este cunoscut de mult timp faptul că traumele provoacă oamenilor boli fizice (Maté, 2011). De exemplu, în cadrul unui studiu, Vincent Felitti, Robert Anda şi alţii au examinat, într-o clinică pentru tratamentul obezităţii, starea de sănătate a 17.500 de pacienţi, care în marea lor majoritate erau albi şi aveau un nivel ridicat de pregătire. Totodată, li s-au pus întrebări cu privire la evenimentele petrecute în copilărie, cu privire la adversităţile de care s-au lovit în copilărie (*Adverse Childhood Experiences* – ACE) 2. Acestea au inclus, printre altele: abuzul fizic, emoţional sau sexual, neglijarea, existenţa unor părinţi cu boli psihice, dependenţa de droguri sau pedeapsa cu închisoarea, separarea şi divorţul părinţilor, precum şi violenţa domestică.

Rezultatele au fost clare: cu cât o persoană a avut mai multe ACE-uri, cu atât starea ei fizică era mai proastă. 67% dintre respondenţi au înfruntat cel puţin un eveniment advers în copilărie (ACE), în timp ce 12, 6% s-au confruntat cu mai mult de patru. Cine îndurase în copilărie cel puţin şapte ACE-uri a prezentat un risc de trei ori mai mare de a dezvolta un cancer pulmonar şi un risc

de 3, 5 ori mai mare de a suferi un infarct miocardic. Chiar dacă persoanele studiate nu au manifestat niciun comportament de risc suplimentar, cum ar fi fumatul, alimentaţia proastă şi lipsa activităţii fizice (care, în fond, sunt şi strategii de supravieţuire la traumă), riscul lor de îmbolnăvire a fost semnificativ crescut. Potrivit autorilor acestui studiu, „stresul toxic" a fost cel care a distrus sănătatea oamenilor (Felitti, Anda şi alţii, 1998).

Cercetările ulterioare au confirmat această constatare: traumele din copilărie duc la creşterea riscului de a dezvolta tulburări psihice şi boli fizice şi reduc speranţa de viaţă. Corpul nu poate uita violenţa suferită. Traumele copilăriei rămân depozitate în el. Timpul nu vindecă rănile cauzate de traume. Dimpotrivă: cu cât îmbătrânim, cu atât mai mult scade capacitatea noastră de a refula amintirile, cu atât mai puţin funcţionează strategiile noastre de supravieţuire şi într-un mod cu atât mai violent ies la iveală vechile răni.

Un studiu de lungă durată realizat pe parcursul a 75 de ani de către Universitatea Harvard pe bărbaţi americani provenind atât din clasa superioară, cât şi din cea inferioară arată că în special relaţiile sigure şi care oferă stabilitate (mai puţin factori de tipul nivelului de colesterol) sunt cele care ne ajută să rămânem, chiar şi la o vârstă înaintată, sănătoşi din punct de vedere fizic şi mental. În schimb, faptul de a trăi singur şi izolat ne îmbolnăveşte.3

„Nu mă simt traumatizată!"

Caracteristica principală a traumei psihice constă în negarea ei atât la nivel personal, cât şi social (Broughton, 2013). Iată un exemplu referitor la acest lucru:

Din cauza unei cistite, Maria M. (22 de ani) merge la un medic. Acesta o întreabă dacă a suferit o traumă. Iniţial, Maria M. răspunde negativ la această întrebare, însă, după ce discută cu mama ei adoptivă, îl informează pe medic că a fost dată spre adopţie la vârsta de doi ani. Mama ei fusese dependentă de heroină şi consumase

droguri în timpul sarcinii. Drept urmare, medicul o sfătuieşte să meargă la un psihoterapeut.

Însă terapeutul pe care îl consultă doamna M. consideră că nu trebuie să-şi facă griji, că este o femeie sănătoasă şi nu este în niciun caz traumatizată. Deşi se simte uşurată, este nesigură şi mă întreabă pe mine cum apreciez această situaţie. Când îmi povesteşte că la naştere a avut o greutate foarte scăzută, o felicit pentru faptul că, în ciuda a ceea ce eu consider a fi o traumă severă petrecută în pântecele mamei sale, a reuşit să supravieţuiască. Nici după naştere nu a primit dragoste şi îngrijire şi, în calitate de nou-născut, cu siguranţă că s-a simţit copleşită complet de această situaţie. „Dar nu mă simt traumatizată!”, a răspuns ea. Cât priveşte problemele ei legate de vezica urinară, le-a ţinut sub control cu antibiotice.

Îi răspund că numai ea poate decide dacă doreşte sau nu să se confrunte cu povestea vieţii sale timpurii, adică cu probleme precum: o posibilă tentativă de avort, lipsa îngrijirii, otrăvirea de care a avut parte în timpul sarcinii, lipsa iubirii materne şi experienţa de a fi fost abandonată pe când era un bebeluş. Oricum, îi precizez eu, poate ar fi util să analizeze aceste lucruri mai cu atenţie înainte de a deveni ea însăşi mamă şi de a avea un copil. Acest argument pare să o convingă pe doamna M., deoarece are o prietenă, care, la fel ca ea, a fost adoptată de mică, în cazul ei, sarcina şi naşterea propriului copil s-au dovedit a fi un mare dezastru.

Ţinând cont de experienţele personale, dar şi de ceea ce observ la oamenii cu care lucrez în terapie, mi se pare că traumele psihice simt repuse în scenă până când sunt înţelese, analizate şi, astfel, rezolvate!

„Boala” este o cauză, o condiţie sau o consecinţă?

Recent, soţia mea a plecat într-o excursie la munte într-o stare de bună dispoziţie. Când s-a întors acasă, după două zile, se simţea rău, de parcă ar fi fost bolnavă. Primele simptome apăruseră deja în timp ce cobora de pe

munte: greaţă şi slăbiciune fizică, iar mai târziu diaree, senzaţii puternice de frig şi febră. Imediat, suspiciunea a căzut asupra unei supe de cartofi călduţe pe care o mâncase la cabană. Aşadar, probabil era vorba despre o infecţie cauzată de bacterii.

Care este în cazul acesta „boala” ei? Să fie totuna cu simptomele ei fizice? Dacă pornim de la ideea că lipsa condiţiilor igienice de la cabană sau alimentele alterate au făcut ca substanţe toxice să pătrundă în organism, atunci simptomele care au apărut ulterior nu sunt cauza, ci consecinţele lor. Şi, chiar dacă diareea, frisoanele şi febra nu sunt plăcute, ele nu constituie semnele unei „boli”, d informaţia că organismul ei ştie să se apere împotriva substanţelor toxice intruzive. El încearcă să le elimine cât mai repede şi reglează procesele metabolice în locurile în care tocmai au ajuns substanţele intruzive (mai ales în regiunea abdominală). Prin intermediul febrei, el activează sistemul imunitar pentru ca acesta să poată lupta împotriva bacteriilor dăunătoare. Chiar şi pierderea apetitului şi aversiunea pentru mâncare care s-au instalat în ziua următoare au fost, ce-i drept, neplăcute pentru soţia mea, dar totuşi utile. În felul acesta, ea nu a mai putut înghiţi alte substanţe toxice, atât timp cât organismul ei încă avea de condus ostilităţile contra inamicilor toxici.

Aşadar, care este cauza unei „boli”, care sunt consecinţele şi care sunt condiţiile în care o cauză duce la apariţia unor consecinţe mai mult sau mai puţin grave? Noi, oamenii, suferim nu doar din cauza efectelor imediate ale unor acţiuni dăunătoare efectuate asupra corpului nostru, de exemplu, din cauza durerii provocate de o arsură a pielii. Noi resimţim durere şi în urma proceselor de apărare şi de autovindecare ale corpului nostru, care acţionează asupra vătămărilor suferite. De aceea, adesea desemnăm ambele procese ca ţinând de „boală”. De obicei, nici nu le putem deosebi din punct de vedere cognitiv şi facem confuzie între cauze, condiţii şi consecinţe. Acest

lucru ne poate determina să luăm măsuri care se opun eforturilor de apărare ale organismului nostru şi care împiedică dezvoltarea puterilor noastre de autovindecare. De exemplu, facem o baie fierbinte, deşi corpul reglementează temperatura scăzând-o intenţionat, sau scădem febra, deşi acest lucru are o mare importanţă pentru funcţionarea cu succes a sistemului imunitar. Prin urmare, „bolile" pot deveni chiar cronice, deoarece noi sabotăm mereu încercările de autovindecare ale organismului, recurgând la tratamente bine intenţionate ale „bolii". Adesea, facem acest lucru în speranţa unei vindecări rapide, deoarece, de exemplu, vrem să profităm de o întâlnire importantă şi vrem să ajungem rapid în formă cu ajutorul antibioticelor. Mai degrabă sau mai târziu, această atitudine se va întoarce împotriva noastră.

„Bolile" sunt fenomene obiective sau subiective?

Pe lângă contradicţia inerentă conceptului de „boală", mai există o dificultate care face ca utilizarea lui să pară problematică:

„Boala", adică de exemplu „cancerul", „alergia", „migrena", este, într-adevăr, ceva care nu depinde de persoana la care apar simptomele? Simptomele fizice simt realităţi obiective care pot fi combătute prin măsuri obiective şi tratamente standardizate? Sau apariţia şi desfăşurarea lor trebuie înţelese mai degrabă luând în considerare subiectivitatea fiecărei persoane bolnave? Dacă aşa stau lucrurile, s-ar putea explica mai bine de ce nu toţi oamenii se „îmbolnăvesc", deşi poartă aceeaşi încărcătură virală şi bacteriană. Căci aceşti viruşi şi aceste bacterii fac, la rândul lor, parte din subiectivitatea subiecţilor, aspect care nu poate fi ignorat.

Faptul de a concepe şi clasifica „bolile" ca pe un fenomen obiectiv, independent şi separat de subiectul uman ţine de paradigma fundamentală din medicina bazată pe ştiinţele naturii. Medicina bazată pe ştiinţele naturii priveşte corpul uman ca pe un obiect, care, chipurile, funcţionează exclusiv în conformitate cu legile

biologice, fizice şi chimice ale naturii. Din această perspectivă, chiar şi psihicul uman nu este altceva decât rezultatul activităţii unui creier complex, care funcţionează ca o maşină. Mintea, voinţa, conştiinţa sunt considerate ca fiind determinate de procesele fizice ale corpului, ele fiind explicate doar cu ajutorul fizicii, chimiei şi biologiei. Astfel, se pune întrebarea de ce oamenii au nevoie, de fapt, de un eu propriu, de o voinţă proprie, de sentimente, gânduri etc. pentru existenţa lor.

Această paradigmă limitată este pusă în practică de „medicina convenţională” 4, care are pretenţia că se bazează pe o exactitate ştiinţifică, clasificând, pe baza „simptomelor” 5, posibilele forme de exprimare ale „bolilor” şi dându-le acestora câte un nume propriu. Acesta poate fi, de exemplu, numele celui care a descoperit o anumită „boală” (de exemplu, boala lui Bechterew). Adesea sunt termeni preluaţi din limba latină sau din limba greacă, cum ar fi termenul „migrenă” – acesta vine de la grecescul „hemikrania”, care înseamnă „durere într-o parte a capului”. Aceste denumiri ale bolilor, care de cele mai multe ori sunt prea puţin inteligibile şi greu de pronunţat, îi impresionează pe profani şi continuă să-i îndepărteze de propriul lor corp.

Un asemenea tip de medicină este interesat prea puţin de condiţiile concrete de viaţă ale oamenilor „bolnavi”. Posibilele cauze politice, economice sau interpersonale ale „bolilor” nu simt luate de ei aproape deloc în considerare. De aceea medicina convenţională consideră adesea că bolile sunt „determinate genetic” Cauzele bolilor unui om îşi au în definitiv originea în genele sale şi, astfel, în el însuşi. Întrucât nu se pot face prea multe împotriva „genelor” din corpul uman, tratamentul medical al bolilor presupune de obicei tratarea fiecărui simptom. Tratamentul constă apoi în încercarea de a-l separa pe bolnav de boala sa. Acest lucru înseamnă, printre altele, şi faptul că, în scopul vindecării, părţi din corpul acestui om trebuie distruse, de exemplu, cu ajutorul

medicamentelor, radioterapiei sau intervenţiilor chirurgicale.

Mi-am dat seama ce consecinţe poate avea acest tip de gândire atunci când am lucrat cu o femeie care a formulat următoarea intenţie: „Vreau să-mi dezactivez virusul herpes simplex”. Însă virusul s-a dovedit a fi atât o parte a ei de pe vremea când era copil, cât şi a mamei sale, care încerca permanent să o supravegheze şi să o controleze. Prin urmare, vindecarea ei nu consta în a se dezactiva pe sine, ci în a activa partea ei traumatizată şi clivată şi în a o lăsa să trăiască. Numai în felul acesta va reuşi să o liniştească pe mama agresoare din interiorul ei. O luptă interioară împotriva mamei nu poate fi câştigată şi nu face decât să genereze şi mai mult stres.

În medicina convenţională, o persoană este considerată ca fiind „vindecată” atunci când este eliberată de un simptom, care adesea, mai mult sau mai puţin întâmplător, a intrat în atenţia tratamentului medical. Deoarece adesea nu se reuşește acest lucru, scopul tratamentelor medicale este acela de a reduce la minimum povara simptomelor – cu riscul ca „efectele secundare” ale tratamentelor să ducă la apariţia a noi simptome, aşa încât cu greu mai poate fi întrevăzut sfârşitul tratamentului, în concluzie, sănătatea unei persoane nu poate fi restabilită în felul acesta. Va fi doar stimulată funcţionarea (şi rezistenţa) mai mult sau mai puţin bună a organismului în viaţa de zi cu zi – deşi traumele pe care le-a suferit organismul său nu simt rezolvate. Acest tip de medicină este el însuşi o strategie de supravieţuire în urma traumatizării.

Excurs: pozitivismul şi dualismul

De la apariţia sa ca ştiinţă, la mijlocul secolului al XIX-lea, medicina s-a supus în totalitate paradigmei „pozitivismului”, care a apărut în aceeaşi perioadă. Auguste Comte, matematician, filosof şi critic al religiei, care a trăit în Franţa între anii 1798 şi 1857, a susţinut ideea potrivit căreia, în ştiinţă, ipotezele metafizice nu au

niciun sens şi, de aceea, sunt inutile. Ar trebui să ne raportăm, mai degrabă, la lucrurile faptice, observabile şi măsurabile şi să lăsăm deoparte speculaţiile şi chestiunile legate de credinţă (de exemplu, credinţa în existenţa lui Dumnezeu) (Chalmers, 2001, p. 7). Pentru medicină, care timp de secole a fost împiedicată de obiecţiile şi restricţiile religioase în năzuinţa ei de a face cercetări, pozitivismul a fost ideea potrivită. Datorită lui ea a reuşit să se desprindă într-un mod elegant de doctrinele religioase şi de metafizică. Din acel moment, medicii au lăsat în seama religiei şi a filosofiei preocuparea pentru chestiunile „sufleteşti" în schimb, ei şi-au revendicat responsabilitatea pentru corpul din care a fost eliminat „sufletul". Separarea dintre „simplul corp" şi „sufletul pur" stă la originea medicinei moderne şi este păstrată până în prezent, ca una dintre tradiţiile sale importante. Potrivit reprezentanţilor ei ortodocşi, medicina este o ştiinţă riguroasă a naturii, care nu ar trebui amestecată cu ideile metafizice.

Ideea unui dualism, potrivit căruia există o separare între corp şi suflet, a formulat-o iniţial René Descartes (1596 – 1650), în discursul filosofic occidental. Cartea *Discurs asupra metodei de a ne conduce bine raţiunea şi a căuta adevărul în ştiinţe* scrisă de Descartes, care conţine şi celebra lui frază „Cuget, deci exist", este considerată o dovadă a faptului că există o minte fără corp şi că trupul poate exista şi fără minte. „Am înţeles din acestea că [eu] sunt o substanţă a cărei întreagă esenţă sau natură nu este decât de a gândi şi care, pentru a exista, nu are nevoie de niciun loc şi nu depinde de niciun lucru material; astfel încât acest eu, adică sufletul datorită căruia simt ceea ce sunt, este cu totul deosebit de trup şi chiar este mai uşor de cunoscut decât acesta, şi măcar dacă acesta nu ar exista, sufletul tot nu ar înceta să fie ceea ce este". (Descartes, 1957, p. 62).

Din perspectiva mea, acest dualism este deja o consecinţă a traumei. Oamenii traumatizaţi pierd contactul cu corpul lor şi se retrag în interiorul capului, pe care

ajung să nici nu-l mai simtă ca fiind aşezat pe trunchi şi pe care îl percep ca pe o „minte” ce poate exista în afara spaţiului şi timpului.

Istoria de succes a medicinei convenţionale

La începutul secolului al XIX-lea, descoperirile medicinei, eliberate de controlul religios, au fost foarte convingătoare pentru societăţile secularizate. Paradigma medicală a găsit tot mai mulţi adepţi în toate categoriile sociale, mai ales că se abţinea în mare măsură să critice condiţiile sociale. Medicina i-a despovărat pe mulţi oameni de ideea că suferinţele lor sunt rezultatul păcatelor sau ateismului lor. Acum puteai fi bolnav fizic fără să mai trebuiască să examinezi lucrurile cele mai jenante din viaţa ta. În loc să mergi într-un pelerinaj, acum puteai merge la un medic, care se ocupa de simptomele fizice şi nu te interoga cu privire la chestiuni personale.

La începutul secolul XX, medicina a reuşit chiar să demonstreze faptul că formele grave de „debilitate mintală” şi de „nebunie” pot fi cauzate de agenţii patogeni bacterieni care pătrund în corp, cum ar fi în cazul sifilisului. De aceea, paradigma medicală a bolii a fost aplicată imediat şi asupra suferinţei sufletului (Davison şi Neale, 1979, p. 17). Astfel, în cadrul medicinei a fost înfiinţată o ramură, psihiatria, care şi-a revendicat responsabilitatea medicală pentru toate formele de disfuncţii psihice. Aşadar, „tulburările mentale” au căpătat şi ele statutul de boală. Ele, se spunea, iau naştere în urma dereglării proceselor corporale şi, prin urmare, ar putea fi tratate la fel ca celelalte boli fizice, prin utilizarea unor abordări somatice, cu medicamente sau prin efectuarea de intervenţii chirurgicale (Schneider, 1992). Calmarea cu ajutorul medicamentelor a oamenilor tulburaţi din punct de vedere afectiv a devenit o sarcină socială principală a psihiatriei. Chiar dacă, în felul acesta, ei nu puteau fi făcuţi cu adevărat să funcţioneze, măcar nu mai aveau un comportament deranjant în public. Nu interesa pe nimeni de ce aceşti oameni nu-şi mai puteau controla impulsurile,

emoţiile şi gândurile. Nici cunoaşterea faptului că pacienţii lor erau traumatizaţi nu i-a împiedicat pe psihiatri să le administreze medicamente.

Ascunderea realităţii sub o idee – în cazul acesta, folosirea conceptului de „boală somatică” pentru a-i diagnostica pe oamenii cu tulburări psihice – este o acţiune ideologică şi, deci, contrară ştiinţei. Ştiinţa serioasă îşi dobândeşte conceptele şi noţiunile în urma cercetării realităţii. Ea explică realitatea din punct de vedere teoretic şi nu supune această realitate intereselor economice, sociale sau politice. Prin urmare, ştiinţa reală nu trebuie să se încăpăţâneze, într-un mod dogmatic, să-şi aplice peste tot vechile concepţii. Dacă dobândeşte noi perspective, ea poate renunţa fără nicio problemă la concepţiile perimate.

„Experţi” şi „pacienţi”.

Medicii care simt adepţii unei concepţii pozitiviste şi dualiste asupra lumii învaţă să trateze corpul uman ca pe o maşină. Potrivit regulilor artei lor, ei pot scoate din corp ceva vechi, înlocuindu-l cu altceva nou. Corpul uman este găurit, tăiat, ciocănit, tăiat cu fierăstrăul, tratat cu laser, de parcă n-ar fi altceva decât o piesă de prelucrat. Prin vasele sanguine sunt pompate lichide şi substanţe chimice de parcă vasele limfatice şi cele sanguine nu ar fi altceva decât furtunurile unui dispozitiv tehnic puţin mai complicat. Astfel, „sănătatea” şi „boala” sunt considerate a fi doar o chestiune de fezabilitate tehnică şi de progres ştiinţific. În medicina convenţională nu se ia în considerare faptul că asemenea metode de tratament nu modifică nimic în ceea ce priveşte cauzele care au dus la apariţia bolilor fizice (de exemplu, în cazul infarctului miocardic), pot traumatiza chiar mai mult persoana tratată (de exemplu, în cazul unor intervenţii chirurgicale, precum naşterile prin cezariană, sau în cazul radioterapiei şi chimioterapie! agresive folosite împotriva „cancerului”) şi declanşează ele însele reacţii traumatice la oamenii traumatizaţi (de pildă, în cazul intervenţiilor chirurgicale efectuate la nivelul orificiilor corporale deja traumatizate).

În plus, într-un sistem medical bazat pe câştig şi profit, există tendinţa de a-i menţine pe pacienţi în starea de bolnavi cronici, care necesită toată viaţa măsuri de intervenţie costisitoare.

Modelul medical generează, astfel, o diviziune strictă a rolurilor între cei care se consideră „experţi" (în limba latină = „specialişti" şi „persoane cu experienţă") şi cei cărora li se atribuie rolul de „pacienţi" (în limba latină = „cei care suferă"). Astfel, experţii simt consideraţi *a priori* ca fiind sănătoşi cel puţin din punct de vedere mental. Ei se supun presiunii de a trebui să ştie pe cât posibil totul despre o „boală", în timp ce „pacientul" trebuie să adopte o atitudine pasivă şi să accepte propunerile de tratament ale experţilor, pe cât posibil fără a aduce obiecţii.

Există mulţi oameni care îşi acceptă fără să se plângă rolul de „pacient" şi sunt bucuroşi de faptul că medicii se ocupă cu devotament de suferinţele lor. Există şi „pacienţi" care obţin un „beneficiu secundar al bolii", şi anume faptul că, aparent, se bucură de o atenţie şi o grijă completă din partea sistemului medical. Adoptând această atitudine, ei pot deveni foarte pretenţioşi şi pot avea din partea „experţilor" aşteptări nerealiste, care îi determină pe aceştia să depună, la rândul lor, noi eforturi pentru a-şi demonstra abilităţile medicale. Ulterior, unii medici se simt, într-adevăr, ca nişte „semizei îmbrăcaţi în alb".

Un alt aspect al acestei diviziuni extreme a rolurilor în medicina bazată pe ştiinţele naturii este teama experţilor de a nu face o greşeală şi de a nu fi traşi la răspundere de către „pacienţi" prin mijloace legale. În locul unei relaţii bazate pe încredere, între medici şi pacienţii lor poate lua rapid naştere o relaţie bazată pe frică şi neîncredere, asociată cu un dezechilibru de putere şi cu o atitudine când autoritară, când supusă – din partea ambelor părţi.

Eu suspectez următorul lucru: cu cât este mai puternică dinamica agresor-victimă ce duce la consecinţe fizice, care în medicina convenţională sunt diagnosticate

drept „cancer”, „boală autoimună”, „psihoză”, „anorexie” etc., cu atât mai mult există pericolul ca în urma tratamentelor tehnico-ştiinţifice să fie recreate aceste relaţii de tip agresor-victimă. Acest lucru se întâmplă fără ca medicii şi „pacienţii” implicaţi să fie conştienţi de acest aspect.

Medicina convenţională a devenit neputincioasă?

În situaţii de urgenţă, medicii realizează lucruri aproape incredibile pentru a salva vieţile oamenilor. Ei pot menţine în viaţă mulţi oameni, care, fără ajutorul lor, ar fi condamnaţi la moarte sigură. Mulţi medici se implică personal pentru a uşura suferinţa fizică a altor oameni. Cu toate acestea, şi în rândul populaţiei există tot mai multe îndoieli cu privire la relevanţa paradigmei medicale a bolii. Nu în ultimul rând, datorită faptului că optimismul medicilor, care cred că pot învinge toate bolile cu ajutorul procedeelor medicale şi prin utilizarea a tot mai multor tehnologii şi produse farmaceutice, s-a dovedit a fi fără acoperire. Mesajul înserat în spoturile publicitare „Dacă apar manifestări neplăcute, adresaţi-vă medicului sau farmacistului” sună de parcă ai pune lupul paznic la oi. Căci dorinţa de profit a industriei farmaceutice este evidentă şi, după cum se ştie, aceasta nu se dă în lături să manipuleze şi să mituiască medici şi politicieni.

După părerea mea, eşecul răsunător al paradigmei medicale se vădeşte, printre altele, în „lupta împotriva cancerului”, în cazul căruia, în ciuda unor cheltuieli foarte ridicate, sunt raportate doar câteva cazuri de vindecare autentică. Chiar şi în cazul aşa-numitelor boli psihice, medicamentele psihotrope duc, într-o mare măsură, doar la o cronicizare a simptomelor şi nu la o însănătoşire reală a persoanelor afectate. De aceea, după părerea mea, medicina convenţională are nevoie, urgent, de noi modele de gândire şi de acţiune, dacă vrea nu doar să cultive şi să promoveze strategiile de supravieţuire la traumă.

Psihosomatica şi conceptul de stres

O alternativă la medicina convenţională ce există

deja de mai mult timp este psihosomatica, o disciplină care încearcă să descopere relaţia dintre corp şi psihic (Adler şi alţii, 2017; von Uexkiill, 1976, Wirsching, 1996). Conceptul de „boli psihosomatice" se referă la faptul că există o relaţie cauzală între stările fizice şi psihice şi condiţiile sociale de viaţă ale unui om. De aici rezultă ideea că, în cazul multor simptome, cum ar fi, de exemplu, problemele cardiovasculare, durerile de spate sau obezitatea, simpla tratare a corpului nu poate avea succes şi este necesară o tratare concomitentă atât a cauzelor psihice, cât şi a celor sociale.

În anii '70, a apărut în domeniul fiziologiei conceptul de „stres", pe care psihologia l-a adaptat pentru propriile ei scopuri. Potrivit acestui concept, reacţia la stres a corpului uman este foarte adecvată pentru o mobilizare pe termen scurt a energiilor suplimentare, ce are ca scop gestionarea urgentă a unei situaţii de pericol iminent. Când pericolul a trecut, corpul se poate recupera şi regenera. Însă, dacă reacţia la stres nu mai încetează, deoarece pericolul extern persistă sau continuă să aibă un efect în plan psihic, organismul este privat de pauzele de odihnă necesare. Acest lucru duce la apariţia unor prejudicii pe termen lung ale organelor, ale sistemului vascular şi ale muşchilor şi articulaţiilor. Chiar şi reacţiile imune rămân la un nivel scăzut, fapt ce creşte riscul de a dezvolta boli infecţioase.

Conceptul de „stres" este şi astăzi unul dintre cele mai importante modele explicative ale psihosomaticii. El a pătruns, de asemenea, şi în gândirea profanilor. Expresia „prea mult stres" a devenit un argument popular atunci când apar simptome de boală, precum infarctul miocardic, hipertensiunea sau ulcerul gastric. De aceea, mulţi oameni consideră că remediile universale pentru asemenea probleme fizice sunt „repausul", „relaxarea", „meditaţia" şi „odihna". Însă experienţa arată că tocmai în perioadele de odihnă apar tot mai multe simptome fizice şi psihice şi că unii oameni aproape înnebunesc atunci când trebuie să

mediteze într-o clinică psihosomatică; aceste fapte contravin ideii de a învinge stresul prin repaus. În timpul unor exerciţii de respiraţie, mie însumi mi s-a întâmplat fie să obosesc repede, fie să ajung într-o stare de surescitare şi de leşin. În spatele acestor stări se afla experienţa pe care am trăit-o pe când eram bebeluş și în care am fost aproape ucis în urma unui atac violent al tatălui meu. Abia când m-am confruntat cu această traumă, respiraţia mea s-a ameliorat pe termen lung.

Şi astăzi psihosomatica se bazează, în principal, pe teoriile psihologiei abisale sau pe teoriile comportamentale (Ermann, 2007). De exemplu, una dintre explicaţiile-standard este aceea că emoţiile refulate se „somatizează", ducând la apariţia unor boli fizice. Aşadar, furia reprimată duce, de exemplu, la apariţia unei senzaţii de presiune în stomac şi, pe termen lung, la dezvoltarea unui ulcer gastric. Ca soluţie la această problemă, se recomandă „eliberarea" emoţiilor cu ajutorul unor metode terapeutice (de exemplu, bătând o pernă cu o bâtă din lemn).

Totuşi, din experienţa mea, această punere în act a emoţiilor nu aduce efectul cathartic aşteptat. Dimpotrivă: după asemenea explozii de furie, sentimentul de neputinţă este adesea şi mai puternic decât înainte. Sau cresc sentimentele de vinovăţie faţă de persoanele împotriva cărora a fost îndreptat accesul de furie. De ce? Deoarece aceste emoţii au fost de obicei reprimate în cadrul relaţiei cu mama sau cu tata, relaţie din cadrul căreia persoana respectivă nu s-a putut desprinde. Ea este mai departe captivă dorinţei de a obţine la un moment dat dragostea părinţilor săi sau de a-i salva şi de a-i consola. Descărcarea sentimentelor de furie poate chiar întări şi mai mult clivajul din interiorul unui om, aşa cum s-a putut observa în cadrul multor constelaţii. Reprimarea emoţiilor poate înceta doar atunci când:

Ieşirea deplină din relaţia cu un agresor este dorită şi realizată în mod conştient, persoana construieşte o relaţie iubitoare şi apreciativă cu sine însăşi şi poate să simtă

durerea legată pe propria calitate de victimă.

Psihoneuroimunoendocrinologia şi puterea de autovindecare

Un alt pas către o abordare holistică a fenomenelor fizice o reprezintă psihoneuroimunoendocrinologia (Schubert, 2011). Aceasta a descoperit că sistemul psihic, sistemul nervos, sistemul imunitar şi sistemul endocrin sunt legate între ele prin intermediul aceloraşi purtători de informaţii şi mesageri chimici (Port, 2001). Prin urmare, chiar şi numai cuvintele pe care le rostim pot influenţa psihicul unui om astfel încât să provoace eliberarea de hormoni, care, la rândul lor, activează sistemul imunitar şi trimit mesageri chimici în întregul corp (Bauer, 2015). Acest lucru explică, printre altele, efectele placebo şi nocebo. Dacă „pacienţii" se aşteaptă ca un medicament sau o operaţie chirurgicală să fie benefice pentru sănătatea lor, ei se simt deja mai bine atunci când li se administrează doar o tabletă fără substanţe active sau dacă operaţia chirurgicală nici nu a avut loc. Invers, un diagnostic medical, cum ar fi, de exemplu, „în cazul acestui tip de cancer, speranţa de viaţă este de doar şase luni", îl poate determina pe pacient să capituleze în faţa bolii şi să moară, conform diagnosticului, în intervalul de timp prestabilit.

Psihoneuroimunoendocrinologia analizează mai în detaliu puterea de autovindecare a organismului uman, care ar trebui să fie sprijinită cât mai mult. În orice caz, această forţă de autovindecare nu trebuie întreruptă sau blocată prin luarea unor măsuri din exterior. De aceea, trebuie pusă următoarea întrebare: ce anume stimulează puterea de vindecare a unui om şi ce anume o blochează? Aşa cum cred eu, clasificarea pe categorii a bolilor mai degrabă îi slăbeşte decât îi întăreşte pe cei afectaţi.

„Boala", ca strategie de supravieţuire în urma traumelor

Clasificarea bolilor pe categorii diagnostice mi s-a părut mult timp atât de firească, încât, în cadrul propriei

mele formări teoretice am încercat la început să clarific şi să explic din nou din punct de vedere psihotraumatologic diagnostice medicale precum „atacul de panică”, „depresia”, „tulburarea de personalitate borderline”, „schizofrenia” sau „psihoza” (Ruppert, 2002, 2015). Am sperat că acest tip de clarificare a cauzelor va trezi interesul şi din partea medicinei convenţionale şi, în special, din partea psihiatriei. Între timp, mi-am dat seama că utilizarea categoriei „boală” – indiferent dacă este privită din punct de vedere pur fizic sau este aplicată şi asupra fenomenelor psihice – poate constitui atât pentru experţi, cât şi pentru profani o strategie de supravieţuire la traumă.

Căci a te desemna pe tine însuţi sau a categorisi pe altcineva ca fiind „bolnav” poate însemna să nu mai analizezi circumstanţele vieţii personale actuale şi să nu mai cercetezi cauzele profunde din istoria vieţii respectivului om – înseamnă, deci, să eviţi să analizezi în mod critic condiţiile de viaţă din cadrul social. Utilizarea categoriilor de diagnostic poate fi un acord tacit între medici şi „pacienţi”, astfel încât să nu trebuiască să fie analizate mai îndeaproape posibilele cauze ale apariţiei bolilor, ci să se înceapă imediat un proces de tratament şi să fie combătute simptomele bolii. În cazul acesta, eu, ca „pacient”, nu sunt eu însumi responsabil de „bolile” mele. Pare mai simplu să spui „Eu am o boală”, în loc să mă gândesc: „Eu sunt de fapt suferinţa mea corporală”. O atitudine contrară ar fi următoarea: „Suferinţa mea fizică este propria mea suferinţă şi nimeni nu mă poate cunoaşte pe mine şi viaţa mea mai bine decât o fac eu însumi. Şi, în felul acesta, numai eu pot cunoaşte, simţi şi percepe posibilele cauze ale suferinţei mele”.

Excurs: „depresia” ca o consecinţă a traumei

De obicei, diagnosticele psihiatriei actuale nu explică în ce fel s-a ajuns la boală; dimpotrivă, ele ascund realitatea. De exemplu, „depresia”, ca boală, a devenit între timp un diagnostic acceptat pe scară largă şi se

spune că milioane de oameni din întreaga lume au această „boală” misterioasă. Dacă unii indivizi manifestă simptome depresive, precum:

O stare de epuizare cronică, un somn prost, senzaţia că nimic nu mai are sens ori lipsa de perspective şi a bucuriei de a trăi, pe nimeni nu interesează faptul că în aceste cazuri particulare (care se pierd printre milioanele de cazuri de „depresie”) motivele simptomelor depresive pot fi cauzate de faptul că individul se epuizează complet în activitatea sa profesională, partenerul său tocmai l-a părăsit, im uragan i-a distrus casa, este captiv într-o atitudine de victimă din cauza neglijării suferite în copilăria timpurie, este captiv şi neputincios în cadrul unui sistem social sau situaţia politică globală îl face să fie lipsit de speranţă.

Dacă priviţi mai îndeaproape lista simptomelor pentru „depresie”, sare în ochi imediat fundalul lor psihotraumatologic. Căci, dacă definim trauma psihică drept acel fenomen în care o persoană ajunge într-o stare de neputinţă şi de neajutorare, în care, în ciuda tuturor încercărilor sale de a se elibera din această stare, situaţia continuă să se agraveze, şi, astfel, cea mai bună soluţie pentru el este să nu mai acţioneze în exterior şi să încerce să se pună în siguranţă şi să se salveze în plan interior, atunci este clar că simptomele „depresiei” pot fi explicate cu uşurinţă prin faptul că:

În cazul acesta, oamenii se află într-o situaţie traumatizantă sau că, din cauza experienţelor actuale, ei se reîntorc la o situaţie traumatică anterioară, ei se simt în această situaţie neputincioşi şi incapabili de a acţiona şi se protejează retrăgându-se în plan interior, renunţând la eforturile lor voluntare, în felul acesta ei pot rămâne, de asemenea, în relaţii din care nu pot şi nu vor să se desprindă.

Aşadar, a te desemna pe tine însuţi ca fiind „depresiv” fără a arăta care sunt cauzele este, în terminologia mea, o strategie de supravieţuire în urma

traumei. Chiar şi ideile suicidare aferente constituie o strategie de supravieţuire, dacă, datorită lor, reuşeşti să eviţi confruntarea cu situaţia traumatică şi cu relaţiile traumatizante.

Terapia traumei psihice orientată către identitate (TTPOI)

Există diverse teorii ale traumei şi, de aceea, există şi abordări terapeutice diferite (printre alţii, Reddemann, 2008; Levine, 2010; Seidler, Freyberger şi Maercker, 2011; Heller şi Lapiere, 2013; van der Kolk, 2015). Astfel, abordarea terapeutică se realizează în funcţie de explicaţiile teoretice ale traumei şi de accentul pus pe diferite forme ale traumei.

Modelul meu fundamental de abordare a traumei este modelul clivajului, al „spli tării” (vezi figura 1). Prin urmare, pentru mine terapia unei traume psihice constă în următorii paşi:

Părţile sănătoase ale unui om trebuie activate. Ele trebuie dezvoltate în continuare şi stabilizate. În primul rând este important ca eul sănătos să continue să se dezvolte. De asemenea, trebuie să existe o voinţă proprie, care să contribuie la depăşirea clivajelor.

Întărirea structurilor sănătoase serveşte, în primul rând, conştientizării propriilor strategii de supravieţuire în urma traumei. Cu cât strategiile de supravieţuire sunt recunoscute şi descifrate mai bine, cu atât mai clar sunt înţelese consecinţele lor negative asupra propriei vieţi şi cu atât mai mult îşi pierd credibilitatea, puterea de convingere şi calitatea de „alternative unice”.

Recunoaşterea faptului că mă aflu într-un mod de supravieţuire constituie baza pentru a accepta că am o traumă psihică şi că probabil am o biografie traumatică.

Numai atunci când relaţia cu părţile sănătoase este stabilă, poate avea loc o confruntare cu părţile traumatizate. Acest lucru înseamnă că persoana respectivă poate renunţa la strategiile sale de supravieţuire, poate ieşi din starea de încremenire fizică, emoţională şi mentală

şi poate simţi în corp emoţiile reprimate, care sunt înăbuşite datorită clivajului. Strategiile de supravieţuire folosite până acum devin astfel inutile. Chiar şi corpul traumatizat poate continua să se dezvolte.

În terapia traumei psihice există diferite posibilităţi de eşec:

Situaţiile traumatice sunt conştientizate fără *a* exista suficiente părţi sănătoase, astfel încât se poate ajunge la o retraumatizare şi la o cufundare şi mai adâncă în sentimentele traumatice.

Întărirea strategiilor de supravieţuire deja exersate sau învăţarea altora noi este considerată în mod eronat ca fiind o depăşire a traumei.

În prim-plan se află doar îndepărtarea simptomelor – şi nu omul în întregimea sa, în viaţa sa reală.

După părerea mea, terapia traumei psihice nu poate fi realizată fără a te raporta la realitate, la faptele şi la adevărul cu privire la ceea ce s-a întâmplat şi se întâmplă. Întrucât majoritatea oamenilor sunt implicaţi în dinamici puternice de tipul agresor-victimă, aceasta nu este o sarcină uşoară. De aceea, este nevoie de terapeuţi care să-şi fi clarificat problemele lor personale. Ei nu trebuie să se lase atraşi de către pacienţi în tiparul relaţional agresor-victimă şi trebuie să fie dispuşi să abordeze terapeutic propriile lor structuri de tipul agresor-victimă. Cine trăieşte, încă, în calitate de terapeut, în propriile sale iluzii, le va recomanda pe acestea şi altor persoane ca pe o aşa-zisă soluţie, chiar în cadrul terapiei. Din cauza existenţei unei biografii traumatice, nu cred să existe soluţii rapide, aşa cum dau de înţeles atât mediana convenţională, cât şi doctrinele spirituale ale mântuirii.

Constelaţiile

!

Metoda mea terapeutică preferată este tehnica constelaţiilor, încă din anul 1994 acumulez experienţe cu privire la această metodă. Iniţial am aflat de termenul „constelaţii” în urma frecventării întâlnirilor organizate de

Bert Hellinger – începând din anul 1990, el a popularizat aceste tipuri de întâlniri în Germania şi, mai târziu, în toată lumea, sub forma aşa-numitelor „constelaţii familiale” (Weber, 1995). Opinia mea critică cu privire la constelaţiile familiale am prezentat-o în repetate rânduri (Ruppert, 2015, p. 273 şi urm.; 2012 b, p. 178). Pornind de la nivelul cunoaşterii mele actuale, consider că, în ceea ce priveşte constelaţiile familiale şi sistemice, există în primul rând pericolul de a ne distrage atenţia de la propriile traume şi, în schimb, de a ne căuta un presupus loc adecvat în „sistem”.

Principiul constelaţiilor constă în faptul că oamenii simt folosiţi ca „reprezentanţi”, astfel încât atât structura relaţională, cât şi starea psihică interioară a unui om să devină vizibile în exterior, sub forma unei constelaţii de persoane. Persoanele participante, care se pot exprima şi deplasa, servesc în cadrul acestei metode drept oglindă şi seismograf pentru starea psihofizică a altor persoane. Pentru aceasta nu este necesar ca persoanele dintr-un astfel de grup să se cunoască reciproc sau să fie informate cu privire la istoria vieţii persoanei pe care o „reprezintă”. Acest lucru pare de-a dreptul incredibil. Căci cum poate şti o persoană străină ce se petrece în interiorul meu? Cum poate avea ea acces la stările mele fizice, la sentimentele mele şi chiar la gândurile mele ascunse?

Pe de altă parte, se poate pune următoarea întrebare: ce-ar putea fi mai potrivit decât o altă persoană care să înţeleagă complexitatea şi specificitatea stărilor mele psihofizice, în aşa fel încât acestea să capete imediat sens pentru mine? Ce metodă de diagnosticare, ce dispozitiv tehnic, ce metodă de scanare a creierului sau ce chestionar, oricât de rafinat ar fi el, ar putea face acest lucru mai bine decât o fiinţă umană, care dispune de nişte structuri complexe asemănătoare?

Intenţiile şi metoda constelării intenţiei

Am înţeles cu ceva timp în urmă faptul că o muncă terapeutică utilă cu oamenii este posibilă numai atunci

când aceştia doresc să se autocunoască într-un mod cât mai clar. Pentru aceasta, ei trebuie să aibă propriile intenţii, pe care să le formuleze într-un mod explicit. De aceea, am dezvoltat următoarea metodă: persoana care solicită îndrumarea mea terapeutică trebuie să-şi formuleze intenţia, să-şi caute în cadrul grupului terapeutic un reprezentant pentru intenţia sa şi să se aşeze în faţa lui. În felul acesta ia naştere foarte repede un schimb afectiv foarte intens, care poate ajunge să fie foarte profund (pentru exemple concrete, vezi Ruppert, 2012 b şi 2014). Prin această metodă, pe care între anii ’2009 şi 2014 eu am denumit-o „constelarea intenţiei”, s-a putut garanta faptul că intenţia unei persoane nu este pierdută din vedere în timpul procesului terapeutic. Chiar dacă, în urma sugestiilor mele, erau aduşi în scenă şi alţi reprezentanţi pentru a clarifica viaţa interioară a persoanei care căuta ajutor, atenţia rămânea concentrată asupra intenţiei. Acest lucru a fost important pentru mine, deoarece această persoană trebuia să primească nici mai mult, nici mai puţin decât lucrul pentru care ceruse ajutor. În felul acesta ea reuşea să-şi asume responsabilitatea pentru dezvoltarea sa interioară. Eu, în calitate de terapeut însoţitor, eram mai puţin în pericol de a dori altceva decât clientul meu.

Cuvintele şi propoziţia ce exprimă intenţia

O inovaţie fundamentală pentru acest proces terapeutic a apărut atunci când, la începutul anului 2015, mi-a venit ideea ca, în loc să fie ales un singur reprezentant pentru intenţia respectivă, fiecare cuvânt al intenţiei, care de regulă era formulată sub forma unei propoziţii, să fie reprezentat separat. Să spunem, de exemplu, că o intenţie sima în felul următor: „Vreau să percep şi să accept nevoile mele”. Această frază conţine şapte cuvinte distincte, care pot fi reprezentate de tot atâtea persoane diferite. În plus, se ia în considerare şi semnul de punctuaţie de la sfârşitul propoziţiei, care poate conţine, de asemenea, un mesaj important cu privire la

intenţia respectivei persoane. Aşa cum am constatat, semnele de punctuaţie de la sfârşitul propoziţiei ce exprimă intenţia – fie că este vorba despre un punct, despre semnul întrebării sau despre semnul exclamării – pot oferi indicii decisive asupra dinamicii psihice care stă la baza unei intenţii. Chiar şi atunci când lipseşte semnul final de punctuaţie, avem totuşi o propoziţie, deoarece oamenii care îşi exprimă aici o intenţie omit acest lucru în mod conştient sau inconştient.

Constelarea cuvintelor – funcţionează acest lucru?

!

Iniţial a trebuit să mă conving eu însumi de faptul că reprezentanţii pot intra în rezonanţă cu fiecare cuvânt al unei propoziţii şi că acest lucru poate căpăta un sens pentru persoana care formulează intenţia. La scurt timp după aceea am avut deja suficiente experienţe de confirmare, încât astăzi nu mai am nicio îndoială: metoda funcţionează! Reprezentanţii intră în rezonanţă, în mod clar şi fără echivoc, cu fiecare cuvânt. Şi nu doar cu cuvintele principale şi cu verbele care par importante, ci şi cu articolele, cu pronumele sau chiar cu conjuncţia „şi” Confirmarea faptului că aspectele reflectate de reprezentanţi au sens apare atunci când persoana care formulează intenţia se recunoaşte pe sine însăşi în ele. Şi, potrivit observaţiilor mele, acest lucru se întâmplă aproape fără excepţie.

Încă şi mai surprinzător pentru mine a fost să constat faptul că această metodă nu necesită alte informaţii prealabile. Persoana care realizează constelaţia scrie pur şi simplu propoziţia ce-i exprimă intenţia, iar procesul poate începe. Tot ceea ce este important în contextul propoziţiei care exprimă intenţia iese la iveală în timpul procesului – fie că este vorba despre o traumă prenatală, despre o situaţie ameninţătoare de viaţă apărută după naştere, despre o relaţie simbiotică cu părinţii, despre o traumă sexuală sau despre experienţele de violenţă suferită în copilărie etc. Nu este necesar ca reprezentanţii

să fi aflat înainte ceva despre toate acestea. Totuşi, prin intermediul procesului de rezonanţă cu cuvintele individuale, ei au acces la o realitate, pe care, până în acel moment, persoana care realizează constelaţia a clivat-o în interiorul său şi a refulat-o.

În cadrul unui seminar de două zile, am trăit o experienţă interesantă, în care toţi cei care şi-au realizat constelaţiile, cu excepţia unei singure persoane, şi-au scris imediat intenţia pe tablă şi au început de îndată procesul. Singura participantă care a insistat în mod explicit să spună mai întâi o poveste detaliată despre ea a fost cea care a distras atenţia participanţilor de la munca propriu-zisă, prezentând o tragedie petrecută în familia ei, potrivit căreia, pe când era bebeluş, o soră medicală aproape că a ucis-o după naştere.

Fenomenul de rezonantă /

Îmi place să-i numesc pe oamenii care se pun la dispoziţie pentru realizarea constelaţiilor ca fiind nişte „persoane rezonante” Căci noi intrăm în rezonanţă cu un cuvânt din propoziţia persoanei care realizează constelaţia, apelând la informaţiile transmise atât în mod conştient, cât şi inconştient. Noi ne ajustăm la context şi, prin intermediul feedbackului primit de la persoana care realizează constelaţia şi de la alte persoane rezonante, ajungem să avem o certitudine cu privire la conţinutul acestui cuvânt din propoziţia ce exprimă intenţia. Pentru mine este întotdeauna un lucru minunat când văd că persoana care tocmai s-a confruntat cu intenţia ei se simte, în sfârşit, recunoscută şi înţeleasă.

Aceste procese de rezonanţă au adesea o precizie de-a dreptul uluitoare. Astfel, am avut eu însumi odată, în timpul unui proces de rezonanţă, sentimentul că degetele mele sunt strivite, aşa că a trebuit să strig după ajutor. Atunci, persoana care realiza constelaţia şi pe al cărei tată tocmai îl reprezentam a spus că, odată, în timp ce recolta cartofi, tatăl ei îşi strivise degetele în maşina de recoltat, iar ea observase acest lucru. Pe lângă spaima prin care a

trebuit să treacă, ea a simţit şi o oarecare bucurie răutăcioasă, deoarece tatăl ei o bătuse înainte tocmai cu acea mână.

Procedeul terapeutic

Consider că, în cazul metodei constelării intenţiei, cel mai eficient este procedeul care cuprinde şapte etape:

1. Clientul îşi scrie intenţia pe o tablă sau o desenează. El nu trebuie să fie influenţat în ceea ce priveşte alegerea intenţiei.

2. El selectează persoanele rezonante pentru toate cuvintele sau elementele desenate ale intenţiei sale. Apoi dă semnalul de start şi toate persoanele rezonante se ridică de pe locurile lor şi încep să interacţioneze unele cu altele. (întrucât acest procedeu este nou, constelaţiile prezentate în această carte sunt încă descrise conform unui procedeu anterior: reprezentanţii simt selectaţi unul după altul.)

3. La început, în etapa nonverbală, persoanele rezonante nu vorbesc. Ele pot să se deplaseze şi să-şi exprime trăirile interioare prin gesturi, atitudini corporale sau chiar prin sunete.

4. Pentru client începe o etapă de orientare în cadrul constelaţiei sale. Acum, el poate reacţiona deja emoţional sau, în funcţie de intenţia sa, poate rămâne într-o atitudine de explorare.

5. El dă semnalul pentru încheierea etapei nonverbale. Liderul de grup o întreabă pe persoana constelată cum se simte în acel moment. Procesele recunoaşterii emoţionale şi mentale care au fost iniţiate în urma constelării pot fi acum şi mai mult adâncite.

6. Clientul decide în ce ordine le întreabă pe persoanele rezonante despre trăirile lor. Acestea vorbesc despre ele într-o formă concentrată. Clientul asociază relatările lor cu experienţele sale biografice. În calitate de terapeut, prin întrebările şi comentariile mele ajut persoana constelată să continue să-şi clarifice intenţia. În felul acesta o ajut să iniţieze în interiorul său o schimbare

esenţială. Acest lucru se întâmplă mai ales atunci când persoana constelată continuă să aibă noi şi noi trăiri şi poate asocia sentimentele sale cu situaţiile traumatice iniţiale din biografia sa.

7. Persoana constelată le permite reprezentanţilor să iasă din constelaţie, moment în care aceştia pot să-i spună de ce anume ar avea ei nevoie ca să poată ieşi din starea de rezonanţă. Acest lucru îi poate declanşa persoanei constelate o perturbare afectivă, făcând-o, în felul acesta, să-şi clarifice şi mai mult intenţia.

De cele mai multe ori iese la iveală faptul că propoziţia care exprimă intenţia constă într-un amestec de părţi sănătoase, traumatizate şi supravieţuitoare. Dacă o intenţie este influenţată mai ales de strategiile de supravieţuire, liderul grupului de constelaţii, cu priceperea sa deosebită, este cel care îi explică într-un mod binevoitor persoanei constelate felul în care strategiile sale de supravieţuire îi creează din nou stres şi o determină să aibă un comportament agitat. De exemplu, trebuie să-i explice prin cuvinte clare modul în care tocmai se desfăşoară o dinamică agresor-victimă, care o determină să continue să ignore sentimentele traumatice clivate. El trebuie să o facă pe această persoană să conştientizeze faptul că strategiile ei de supravieţuire au fost, într-adevăr, necesare înainte, pentru ca ea să poată fi de fapt astăzi aici. Că încă mai trebuie să plătească un preţ ridicat pentru aceasta şi că acest lucru îi afectează calitatea vieţii.

A scoate la suprafaţă o strategie de supravieţuire prin intermediul unei intenţii nu înseamnă că terapia nu a avut succes. Căci toate strategiile de supravieţuire care sunt repuse în scenă într-o situaţie terapeutică şi care sunt recunoscute în mod conştient şi înţelese nu vor mai trebui repetate în mod inconştient în viaţa de zi cu zi. Important este ca aceste strategii de supravieţuire să nu fie doar recunoscute la nivel intelectual, ci să fie şi simţite: cum mă simt atunci când mă disociez, când intru într-o stare de confuzie, când renunţ la relaţia cu corpul meu, când mă

clivez în interiorul corpului meu, când renunţ la contactul cu eul meu şi comit *acting out-uri* în lumea exterioară? Pe de altă parte, am constatat că în fiecare intenţie există şi o parte sănătoasă, care ar trebui, de asemenea, scoasă în evidenţă în procesul realizării constelaţiei. Uneori, aceasta este semnul de punctuaţie de la sfârşitul propoziţiei ce exprimă intenţia.

În calitate de lider de grup, în fiecare etapă a procesului, încurajez persoanele constelate să simtă şi să aibă trăiri. Pentru aceasta, întregul proces este, eventual, oprit sau încetinit. Se poate întâmpla, de asemenea, ca nu toate cuvintele din propoziţia ce exprimă intenţia să poată fi explorate, atunci când persoana constelată intră în contact cu sentimentele sale traumatice. Poate că ajunge într-un moment în care simte că s-au acumulat deja suficiente trăiri. În calitate de îndrumător al terapiei, nu o pot nici presa, nici împiedica să-şi exprime sentimentele. O încurajez să facă acest lucru prin cuvinte şi gesturi binevoitoare şi-i respect limitele.

Limbă maternă sau limbă dobândită?

În ce limbă ar trebui să-mi formulez intenţia? în limba pe care am învăţat-o prima oară pe când eram copil, adică în „limba mea maternă”? Sau într-o a doua sau a treia limbă, pe care am învăţat-o mai târziu? Când apare această întrebare, las persoanele care fac constelaţia să decidă singure. Ambele posibilităţi au avantajele şi dezavantajele lor.

Un exemplu interesant cu privire la acest lucru mi s-a întâmplat în timp ce am lucrat cu o femeie provenită din China, întregul seminar a avut loc în limba engleză. Intenţia ei formulată în limba engleză a fost următoarea: *I want to divorce from my husband*. (Vreau să divorţez de soţul meu.) Ulterior, când i-a venit ideea să prezinte această intenţie în limba ei maternă, adică în chineză, a rezultat următoarea intenţie: *I want leave marriage*. (*Vreau să scap de acest mariaj.*) (Vezi figura 3.)

Ei bine, într-adevăr, să vrei să divorţezi de soţul tău

este cu totul altceva decât să scapi de instituţia căsătoriei. Aşa cum a demonstrat constelaţia, femeia era preocupată mai degrabă de acest ultim lucru. Căci ea se căsătorise mai ales în urma presiunii exercitate de părinţi, iar în mediul ei social lumea se aşteptase să facă faţă acestui lucru. Aşadar, a fost vorba în primul rând de statutul ei social, şi nu despre dorinţa ei de a avea un parteneriat, o viaţă sexuală şi propriii copii cu o persoană iubită. Ea absolvise o şcoală şi se simţea foarte bine în activitatea ei profesională. În plus, experienţele ei traumatice din copilărie nu o determinaseră să simtă nevoia de a se căsători. Căsnicia părinţilor ei era pentru ea un exemplu mai degrabă înspăimântător. Ea şi-a transformat propria căsnicie mai degrabă într-o alianţă pragmatică bazată pe prietenie, care, însă, de-a lungul timpului, mai mult a limitat-o decât a împlinit-o.

De altfel, această constelaţie a demonstrat modul în care politica copilului unic din China face ca fetele să fie considerate inferioare şi, din cauza sexului lor „greşit”, să sufere o traumă de identitate.

Figura 3: Intenţia unei femei a cărei limbă maternă este chineza.

Cum funcţionează fenomenul de rezonanţă?

Există câteva tentative de a explica ştiinţific fenomenul de rezonanţă, care stă la baza realizării constelaţiilor. De exemplu, făcând trimitere la neuronii-oglindă din creier (Bauer, 2005), la „câmpurile morfogenetice", mai precis la aşa-numitele „câmpuri de cunoaştere" (Sheldrake, 1998) sau la ipotezele fizicii cuantice. De fapt, acest fenomen, care este uşor de reprodus în orice moment şi în orice loc, încă nu a fost clarificat din punct de vedere ştiinţific. În opinia mea,

pentru activitatea practică, deci pentru o activitate umană, spirituală şi socioştiinţifică, acest lucru nici nu este necesar. Căci cine vrea să se convingă singur de eficalitatea acestei metode trebuie doar să intre de câteva ori în rolul reprezentanţilor şi să simtă efedele asupra sa. De aici înainte el poate avea, în cadrul unui rol, cele mai diferite experienţe:

să fie plin de stres şi de frică, să simtă multă furie sau ruşine, să simtă dureri în corp exact în locul (uneori şi pe partea opusă) în care le simte şi persoana care realizează constelaţia, să obosească sau să leşine, să fie cuprins de un val de tristeţe şi să înceapă să plângă, să recepteze anumite imagini, să simtă că mai există ceva ce nu a fost reprezentat, să nu simtă nimic, deoarece şi acest lucru poate să facă parte din rol.

Cu ce-ar fi mai bogate asemenea experienţe personale, dacă am şti ce valuri de energie şi ce zone ale creierului şi ale corpului sunt exact implicate? Mie îmi este suficient să ştiu că noi, oamenii, avem o capacitate de a empatiza foarte mare, care ne conectează cu ceilalţi oameni la un nivel profund şi care îndeplineşte o funcţie de susţinere a vieţii mai ales în relaţia mamă-copil. Observ că oamenii care au suferit foarte mult în urma unor experienţe de ataşament traumatice au dezvoltat, pentru a se proteja pe ei înşişi, o capacitate deosebit de accentuată de a percepe sentimentele, dispoziţiile şi gândurile altor oameni. Însă, în principiu, orice om poate intra în rezonanţă cu alţi oameni, preluând, astfel, şi rolul de reprezentant. Important este ca el să facă acest lucru cu plăcere şi de bunăvoie. În calitate de persoane rezonante, în timpul procesului de realizare a constelaţiei, putem să ne deschidem pentru a simţi viaţa interioară a unei alte persoane şi apoi putem dezactiva relativ uşor senzorii deschişi.

Psihicul uman este o carte deschisă

Cu ajutorul metodei constelării intenţiei pot, în calitate de însoţitor şi observator al constelaţiilor, să

înţeleg structura profundă a unei intenţii. În felul acesta conştientizez modul în care se manifestă, în cadrul propoziţiei ce exprimă intenţia, componentele fundamentale ale psihicului uman. Şi anume:

funcţia eului, funcţiile voinţei (vrea, doreşte, trebuie, ar trebui, are voie), diferitele forme ale cunoaşterii (a vedea, a auzi, a percepe, a simţi, a şti), diferitele tipuri de acţiuni (de exemplu, a vindeca, a rezolva, a dezvolta), modificările de stare (de exemplu, am fost, simt, voi fi, voi deveni) şi cuvintele folosite pentru atribuiri personale (al meu, mie, pe mine, eu însumi).

Metoda constelării intenţiei ne face să înţelegem atât structura modulară, cât şi maniera de funcţionare a psihicului uman. Acest lucru ne permite să citim psihicul unui om ca pe o carte deschisă.

Reactivarea eului sănătos în cadrul terapiei

Terapia traumei psihice orientate către identitate se concentrează asupra reactivării eului sănătos. Acesta trebuie să se elibereze treptat de influenţele negative ale unei mame traumatizate, ale unui tată traumatizant sau ale unei persoane violente. El trebuie să fie capabil să-şi recupereze funcţia de autocontrol şi responsabilitatea pentru întreaga persoană. Numai un eu sănătos este capabil să coordoneze şi să pună în acord toate funcţiile psihice individuale. Doar eul sănătos dispune de capacitatea de a lua decizii corecte pentru întregul organism.

Când va fi din nou pregătit să-şi îndeplinească funcţia de conducere, eul sănătos va avea ca oponente părţile supravieţuitoare, care au încercat să substituie funcţia eului în situaţia traumatică iniţială. Acestea nu renunţă atât de uşor la putere, chiar dacă pericolul de moarte acut a trecut. Ele se activează mereu atunci când un lucru oarecare aminteşte de situaţia traumatică iniţială. De aceea, după o experienţă traumatică, eul sănătos cu greu mai reuşește să se dezvolte şi să-şi gestioneze sarcinile. Adesea, eul sănătos trece complet în planul secund.

Propoziţiile ce exprimă intenţia şi psihologia comună

Majoritatea propoziţiilor ce exprimă intenţia sună plauzibil. Iată câteva exemple:

„Pot să am încredere în puterile mele vindecătoare”. (1)

„Vreau să pot stabili relaţii şi să-mi pot păstra puterea”. (2)

„Vreau să-mi pot gestiona bine banii”. (3)

„Vreau să mă desprind de familia mea îngrozitoare”. (4)

Însă, ulterior, în cadrul procesului realizării constelaţiilor, a ieşit la iveală faptul că:

persoana care realizează constelaţia continuă să aibă încredere în mama („vindecarea”) şi în tatăl său („puterile”) care i-au făcut mult rău în copilărie; (1)

persoana continuă să aibă „relaţii” cu agresorii, deoarece agresorul iniţial din copilărie este în continuare idealizat; (2)

când vorbeşte despre „bani”, clientul se referă în mod inconştient la agresorul cu care el nu a ştiut cum să se poarte în copilărie; (3)

cuvântul „îngrozitor” reprezintă o bagatelizare a violenţei, a traumei sexuale şi chiar a crimei care a avut loc în familia de origine. (4)

În faţa traumei, psihologia comună, de bun-simţ, încetează să mai funcţioneze. Ea nu recunoaşte nici amploarea traumei, nici nu ştie ce este cu adevărat de ajutor pentru a o depăşi. Ea prezintă lucrurile într-o lumină pozitivă şi crede că spaima de odinioară a fost depăşită de mult. Metoda constelării intenţiei poate corecta asemenea intenţii şi, în felul acesta, poate schimba şi psihologia comună. Această metodă are potenţialul de a-i ajuta pe oameni să-şi recunoască şi rezolve petele oarbe.

Chiar şi atunci când fac constelaţii pentru mine însumi, reprezentanţii mă ajută să-mi conştientizez clivajele. Căci capacitatea mea de autoreflecţie este limitată – precum cea a oricărui om – chiar dacă am învăţat

deja multe lucruri despre traume. Atât timp cât există o traumă psihică, capacitatea de autoreflecţie este, în principiu, limitată, deoarece experienţele refulate în inconştient fac ca trauma săsupravieţ uiască. O caracteristică a traumei psihice este, totodată, pe lângă faptul că este reală, şi faptul că negăm această realitate şi suntem orbi faţă de traumele petrecute.

„Metoda constelaţiei identităţii”.

Întrucât acest tip de terapie se concentrează pe dezvoltarea identităţii unei persoane, această metodă poate fi denumită şi „metoda constelaţiei identităţii”. Constelaţiile identităţii nu simt simple exerciţii de autoconştientizare, ci sunt nişte procese psihoterapeutice bazate pe teoria traumei psihice orientate către identitate (TTPOI). Căci, după părerea mea, orice constelare a identităţii trebuie să readucă la suprafaţă şi să permită dezvoltarea structurilor psihice sănătoase ale unui om. Acest lucru se întâmplă, printre altele, atunci când sesizăm strategiile noastre de supravieţuire în urma traumei. Căci abia atunci recunoaştem modul în care ele menţin în mod inconştient clivajele în interiorul nostru. Unii oameni se sperie când îşi dau seama cât de puternice sunt părţile lor supravieţuitoare şi modul în care ele acţionează. Însă de obicei aceasta este o spaimă sănătoasă, care motivează persoana să schimbe situaţia.

Pentru a integra propriile traume, adică pentru a elimina clivajele psihice, sentimentele trăite în situaţia traumatică iniţială şi care au fost reprimate trebuie să poată fi retrăite. Însă, ca să iau un exemplu, nu trebuie resimţită din nou durerea care la acea vreme a fost insuportabilă. În schimb, trebuie resimţită o durere vindecătoare ce restabileşte relaţia cu propria persoană, relaţie care s-a rupt în timpul situaţiei traumatice de la acea vreme. În principiu, de o mare importanţă este apariţia unor sentimente pozitive faţă de propria persoană, precum şi acceptarea de sine, cu toate experienţele negative pe care persoana a fost nevoită să le trăiască.

Aşadar, este mai puţin vorba despre o „confruntare” cu trauma, mai ales că acest termen conţine ceva agresiv. Este vorba despre autocompasiune şi iubire de sine. Şi este vorba despre a simţi bucuria iniţială de a trăi, plăcerea cu privire la propria existenţă, curiozitatea cu privire la propria viaţă şi încrederea în propria vitalitate. Este vorba despre a fi eu însumi în sensul plin al propriilor mele posibilităţi. În această privinţă, trauma de identitate constituie punctul central al tuturor etapelor schimbării.

Constelaţiile şi corpul în timpul realizării unei constelaţii, nu doar se vorbeşte, ci este implicat şi întregul corp. Oamenii se deplasează, se ating, de exemplu, îşi ţin mâinile, se îmbrăţişează, uneori au chiar contacte agresive, care trebuie doar schiţate şi nu manifestate cu adevărat. Prin urmare, constelaţiile conţin întotdeauna şi elemente de terapie corporală. Pot fi simţite blocajele fizice şi se poate ajunge la eliberarea tensiunii fizice atunci când tremurăm, plângem sau ţipăm. De aceea, constelaţiile sunt un instrument foarte potrivit pentru vindecarea unor perturbări somatice. După procesul de constelare, simptomele fizice pot dispărea complet, aşa cum am putut observa eu însumi în cazul gingivitei mele, al refluxului gastroesofagian şi al tusei mele iritative.

Vindecarea

Cuvântul german *Heilung* (vindecare) înseamnă literalmente „a deveni întreg” (*heil* înseamnă, printre altele, şi „întreg” – *n. red.*). Vindecarea unei traume psihice se poate produce numai din interior spre exterior. Medicamentele, intervenţiile chirurgicale sau tratamentele externe nu au niciun efect dacă nu activează puterea de vindecare a individului. Întrucât experienţele psihotraumatice îl transformă pe om într-un obiect, vindecarea traumei începe prin a-l face să devină din nou un „subiect”, adică prin a-i activa propriul eu şi propria voinţă, urmând ca apoi acestea să fie dezvoltate şi stabilizate.

Întrucât fiecare om îşi începe procesul de schimbare

doar din locul în care tocmai lucrează în plan interior, în principiu nu există nicio intenţie greşită. Tocmai intenţiile care ne fac să recunoaştem şi să simţim strategiile noastre de supravieţuire în urma traumei pot fi utile pentru dezvoltarea ulterioară a unei identităţi sănătoase. Căci strategiile noastre de supravieţuire încearcă prin toate mijloacele de care dispun să protesteze împotriva faptului că noi considerăm ca fiind real clivajul din interiorul nostru şi că ne dăm seama că mintea şi corpul trăiesc în două realităţi diferite. Ele se agaţă cu înverşunare de faptul că deţin singura soluţie reală şi rezonabilă – clivajul şi refularea realităţii traumatizante şi transferul ei spre exterior. De exemplu, în cadrul constelaţiilor, unul dintre cuvinte poate fi interpretat de către persoana constelată în felul următor: „Aceasta este mama mea!” în realitate, însă, este vorba despre o parte clivată a persoanei respective.

Lara: „Eu vreau să învăţ să trăiesc”.

Lara se aşază pe scaun, lângă mine. Ea are mintea complet goală, spune ea, şi de fapt vrea să o întreb eu ceva. Eu nu fac acest lucru, ştiind că, altminteri, îi întăresc strategia ei de supravieţuire care o ajută să se orienteze în lumea exterioară. Aştept până când ea continuă să vorbească singură. Ajunge să vorbească despre glanda tiroidă, care este hiperfuncţională. Medicii i-ar fi descoperit un nodul şi ar fi sfătuit-o să se opereze, însă ea încă nu poate lua o decizie.

Apoi începe să vorbească despre ultima ei şedinţă de terapie. Acolo a fost vorba despre naşterea ei. O întreb dacă poate spune mai multe despre acest lucru. Ea povesteşte că, imediat după ce s-a născut, a trebuit să rămână în spital, deoarece ceva nu ar fi fost în regulă cu sângele ei, probabil în urma unei incompatibilităţi Rhesus (Rh) între mamă şi tată. A stat în spital două luni. Nu ştie ce i s-a făcut. Probabil, o transfuzie de sânge. De atunci are o cicatrice pe umărul drept. După ce a ieşit din spital şi a ajuns acasă, la părinţii ei, mama ei a început curând să meargă la serviciu. De la vârsta de opt luni ea stat în

timpul săptămânii la bunici. Şi-a văzut părinţii doar în weekend.

În cele din urmă, Lara îşi formulează următoarea intenţie: „Eu vreau să învăţ să trăiesc”. Ea alege cuvântul EU ca fiind primul cuvânt pe care vrea să-l reprezinte. Spre uimirea tuturor celor prezenţi – în afară de mine mai erau încă trei persoane în cabinetul de terapie – ea ia o pernă de meditaţie de culoare roşie, ca simbol pentru acest EU, pe care o aşază în mijlocul camerei. Pleacă apoi de lângă această pernă şi se ascunde în spatele unui scaun gol. După un timp, îşi părăseşte ascunzătoarea şi se aşază pe perna care are o înălţime de 15 cm. Se plânge că aceasta o trage mereu în sus şi că în curând nu va mai putea gândi şi simţi.

Îi cer Laurei să aleagă un alt cuvânt din propoziţia intenţiei ei. Ea coboară de pe perna care simbolizează cuvântul EU şi o alege pe una dintre femeile prezente ca persoană rezonantă pentru cuvântul VREAU. Aceasta este iniţial nedumerită, apoi se duce spre perna care simbolizează cuvântul EU. Îşi pune labele picioarelor sub această pernă, o ridică puţin şi începe să o împingă cu ambele picioare, aşa cum fac pinguinii regali cu ouăle lor. VREAU spune: „Acest EU este complet lipsit de viaţă. Aş vrea să intru cu totul în acest EU ca într-o jucărie, pe care să o mişc apoi din interior, în aşa fel încât să pară că acest EU trăieşte. Apoi el poate face orice, mai ales să se mişte. Însă nu poate să simtă”. Lara stă alături fascinată şi observă cu atenţie ce face VREAU cu EU.

Apoi Lara o alege pe una dintre femeile prezente ca reprezentantă a sintagmei SA ÎNVĂŢ din propoziţia ce exprimă intenţia ei. După un timp, aceasta se deplasează încolo şi-ncoace pe traseul îngust préconfigurat de tiparul de pe covorul din cabinetul de terapie. Îşi simte mintea complet goală şi vrea ca alţi oameni să vină şi să-i spună ce să facă. Cu EU şi cu VREAU nu are nicio relaţie. ŞI VREAU confirmă acest lucru. Lara spune că este adevărat! Uneori se simte de parcă ar trăi în lumi paralele.

Lara alege şi ultima sintagmă din propoziţia intenţiei ei: SĂ TRĂIESC. Pentru aceasta, Lara mă alege pe mine şi mă poziţionează sub o plantă înaltă de doi metri, care se află într-un colţ al cabinetului de terapie. Capul meu dispare treptat tot mai mult printre ramurile acestei plante. Iniţial mă gândesc că planta înseamnă, oricum, viaţă. Căci plantele produc oxigenul, care este necesar respiraţiei. Cu toate acestea, respiraţia mea devine tot mai grea. Mai întâi observ că nu mă pot mişca din acest loc. Mă simt tot mai mult ca într-o închisoare. Îmi dau seama că aici nici nu pot trăi cu adevărat, dar nici nu pot să mor. Intru în panică şi încep să strig după ajutor. Uneori mai tare şi într-un mod mai imperativ, alteori mai încet şi pe un ton care mai degrabă imploră.

În timp ce eu am intrat treptat în rolul meu, Lara s-a ascuns în spatele tablei de scris şi a început să plângă. După un timp, ea a ieşit din ascunzătoare şi s-a dus la reprezentanta sintagmei SA ÎNVĂŢ.

Eu strig în continuare după ajutor. Dar nimeni dintre celelalte persoane nu vine la mine. Dimpotrivă, şi-au astupat urechile. Iar când Lara se pregăteşte să facă un pas spre mine, reprezentanta sintagmei SA ÎNVĂŢ se aşează între noi. Eu, care reprezint sintagma SA TRĂIESC, nu am nicio şansă ca cineva să vină şi să mă salveze.

În acest moment propun să întrerupem constelaţia. Ies din rezonanţa cu sintagma SA ÎNVĂŢ şi-mi reiau poziţia de terapeut. O întreb pe Lara dacă vrea să audă de la mine ce cred eu că a ieşit la iveală până acum în procesul constelaţiei. Ea răspunde afirmativ. Îi ofer următoarea interpretare:

Când a trebuit să rămână în spital după ce s-a născut, singurătatea a fost pentru ea atât de insuportabilă, încât a suferit un clivaj psihic şi a renunţat la funcţia eului său. Acest lucru reiese atât din reacţia pe care a avut-o asupra pernei care simboliza eul, cât şi din poziţia pe care eu o ocupasem înainte sub copac. Eul de copil este traumatizat şi este în mare suferinţă şi în pericol de

moarte.

În plus, şi-a reprimat sentimentele şi nu a mai plâns în faţa celorlalţi (plânsul de scurtă durată din spatele tablei de scris). După şederea în spital, ea a devenit un copil cuminte şi uşor de îngrijit.

Din acel moment ea a trecut prin viaţă datorită voinţei sale puternice de supravieţuire. În exterior, ea a încercat să pară „normală”. Însă acest lucru a fost foarte obositor pentru ea. De aceea au apărut probabil şi problemele ei tiroidiene. A trebuit să cheltuiască o cantitate imensă de energie, pentru a-şi ţine în mişcare corpul rigidizat, care nu este controlat de eul său. Acest lucru a dus, la un moment dat, la epuizare şi la distrugerea acestui organ.

Întrucât sintagma SA ÎNVĂŢ este detaşată de eul şi de voinţa sa, lucrurile pe care le învaţă nu-i pot fi de folos, în plus, această învăţare, în calitate de strategie de supravieţuire, are mai degrabă funcţia de a o îndepărta de relaţia cu copilul din ea care strigă după ajutor. Acest tip de învăţare o face şi dependentă de ceea ce i-au spus ceilalţi. În felul acesta, ea nu poate deveni independentă.

Lara este de acord cu interpretările mele şi adaugă faptul că a plâns numai de două ori în faţa soţului ei în timpul căsniciei sale. În ambele dăţi, el a umilit-o cumplit pentru asta. Îi mai ofer următorul indiciu referitor la subiectul „iubire”: există o concepţie falsă cu privire la iubire, pe care ea o urmează şi astăzi: fii cuminte, nu plânge şi atunci vei fi iubită. În schimb, în cazul ei, o perspectivă mai bună asupra iubirii ar fi să-şi arate sentimentele, deoarece în felul acesta se poate conecta cu ea însăşi şi-şi poate percepe apoi propria suferinţă. Reprezentanta cuvântului VREAU confirmă acest lucru. Când Lara a plâns în spatele tablei de scris, a simţit pentru prima oară o legătură cu ea.

O încurajez pe Lara să se uite din nou la EU (perna) şi la VREAU (persoana rezonantă). Face acest lucru şi după un timp merge într-acolo. Ea apucă perna şi se

bucură că foşneşte (este umplută cu boabe de grâu). împunge perna cu degetul arătător. Acest lucru o face pe reprezentanta cuvântului VREAU să-i spună să se poarte cu mai multă grijă cu acest EU. El este încă un copil mic. Confirm acest lucru şi adaug: „Probabil că aşa ai fost tratată pe când erai bebeluş. Ai fost înţepată cu ace, iar acest lucru a fost foarte dureros pentru tine”.

Lara devine acum mai grijulie şi mângâie perna cu prudenţă. VREAU i se alătură şi ambele ating uşor împreună EUL cu mâinile. Lara este foarte emoţionată şi începe să plângă. După un timp încheiem această constelaţie.

Acest caz ilustrativ este un exemplu clasic de „traumă de identitate”. În urma unei traume timpurii, eul sănătos dispare. El se desprinde şi pluteşte practic în derivă, lăsând corpul lipsit de călăuzire interioară. De aceea, strategiile de supravieţuire, cum ar fi o mare capacitate de a rezista şi procesele pur cognitive („învăţarea”), trebuie să continue să funcţioneze singure, însă ele nu au o relaţie cu viaţa reală a clientei. Aceasta continuă să rămână blocată într-o traumă existenţială timpurie, care apoi se transformă într-o traumă de iubire, deoarece părinţii nu sunt disponibili din punct de vedere afectiv.

Anne: „Eu vreau să fiu eu însămi”.

Arme face deja de mai mult timp cu mine terapie individuală. Uneori lucrează şi în grupuri în care realizează constelaţii legate de problemele ei. Astăzi sunt doar eu prezent şi, după discuţia preliminară, Anne formulează următoarea intenţie: „Eu vreau să fiu eu însămi”.

Îmi cere să intru mai întâi în rezonanţă cu primul EU din propoziţia ce exprimă intenţia ei. După ce mă apucă de mâini, vrea să-şi retragă repede mâinile dinspre mine. Cu toate acestea, pentru un timp îi ţin strâns mâinile reci ca gheaţa şi mă sperii cât de mult seamănă Anne cu un schelet care şi-a atârnat pe el nişte haine pentru a se acoperi. Îşi retrage complet mâinile şi, când îi relatez

gândurile mele, ea le confirmă. Da, aşa se simte de multe ori. Brusc realizează ce înseamnă de fapt pentru ea acest: „Eu vreau să fiu eu însămi”: eu vreau să fiu eu însămi fără un corp!

Pe mine mă înfioară această idee şi mă gândesc la mitologia greacă, la infern, la Hades, în care locuiesc umbrele, fiinţele fără corp, care există doar pentru că pot gândi. Îi împărtăşesc Armei trăirile mele şi-i spun că acest lucru mă întristează foarte tare: aş vrea să fiu viu, chiar dacă în acest moment îmi simt corpul doar pe jumătate. Dar simt ferm convins că pot continua să mă dezvolt şi mai mult şi că pot dobândi şi mai multă vitalitate.

Pentru Anne, intenţia ei este acum clară: având în vedere traumele masive pe care le-a suferit încă de la o vârstă fragedă, până astăzi soluţia ei a fost să nu-şi simtă corpul. Mama ei a încercat de mai multe ori să o omoare, iar tatăl ei a traumatizat-o sexual ani de-a rândul. Acţiunile părinţilor săi au determinat-o să-şi părăsească într-un fel corpul şi a trebuit să se refugieze într-o formă de existenţă pe cât posibil lipsită de corp. Anne înţelege acum că faptul de a-şi simţi corpul înseamnă a percepe ca fiind reale toate actele de violenţă pe care părinţii săi le-au comis asupra ei. Ea îşi dă seama cum poate continua terapia şi de unde provin temerile legate de propriul ei corp, care până acum i-au blocat dezvoltarea.

În următoarele constelaţii ale identităţii, Anne a reuşit tot mai mult să-şi spună „da” sieşi, să-şi accepte propriul corp, să-şi trăiască sentimentele şi să renunţe în plan interior la strategiile sale de supravieţuire hiperintelectualizate şi la relaţia cu părinţii ei agresori traumatizaţi.

Cuvintele şi imaginile

Chiar şi imaginile şi desenele pot reprezenta intenţii, la fel ca o combinaţie de cuvinte şi de elemente imagistice. Desenele sunt extrem de adecvate pentru a exprima experienţele inconştiente şi prelingvistice. În figura 4 este înfăţişat un desen care conţine intenţia unui bărbat ce voia

să afle care este cauza durerilor abdominale cronice. Aşa cum a ieşit la iveală în cadrul *9 9*

constelaţiei sale, aceste dureri abdominale fac trimitere la o tentativă de avort căreia i-a supravieţuit.

În asemenea cazuri, terapeutul şi persoana constelată analizează împreună care sunt elementele individuale pe care le conţine un desen şi care pot fi reprezentate separat. În cazul desenului din figura 4 au fost patru reprezentanţi:

unul pentru bărbatul care stă culcat şi care s-a dovedit a fi un copil nenăscut, unul pentru săgeata (roşie), care s-a dovedit a fi o tentativă de avort efectuată cu un obiect ascuţit, unul pentru linia (maro) din abdomenul copilului nenăscut, care făcea trimitere la trauma avortului, unul pentru semnul întrebării, care însemna refuzul clientului de a crede că mama sa ar fi putut face aşa ceva.

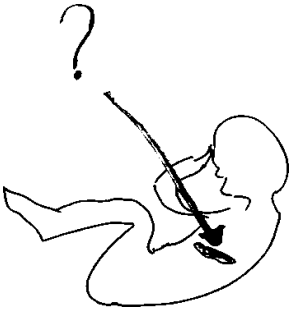


Figura 4: Desenul exprimă intenţia unui bărbat cu dureri abdominale cronice.

În cazul următor (figura 5) am reprezentat o intenţie de-a mea. Am vrut să aflu de ce am o mică tumoare cutanată sub ochiul meu stâng. În loc să scriu mai multe cuvinte („o excrescenţă cutanată sub ochiul meu stâng”), am ales reprezentarea prin desen. Acest procedeu este recomandabil atunci când nu vrei să pui prea multe informaţii într-o intenţie în acelaşi timp. Capacitatea de a asimila informaţiile cognitive în timpul unui proces de constelare este limitată. Prin urmare, deviza „Mai puţin înseamnă mai mult” este valabilă şi în cazul acesta.

Intenţiile mai lungi constituie adesea un indiciu că există strategii puternice de supravieţuire. Vorba multă şi reflecţia împiedică ieşirea la suprafaţă a sentimentelor.

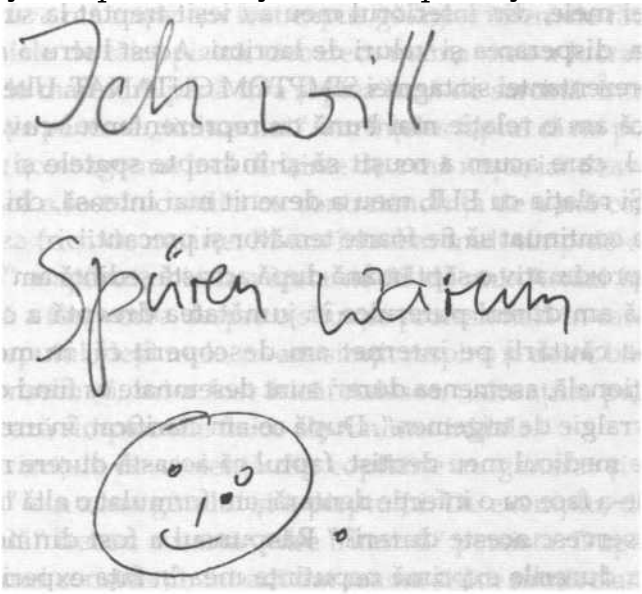


Figura 5: „Eu vreau să simt de ce (o excrescenţă cutanată sub ochiul meu stâng)”.

În cazul meu a ieşit la iveală faptul că reprezentanta sintagmei SIMPTOM CUTANAT era plină de furie şi de ură. Reprezentantul cuvântului EU s-a retras temător, iar cel al cuvântului VREAU a adoptat o atitudine de supunere. Am pus acest lucru pe seama experienţelor de violenţă extremă din copilărie cauzate de mama mea. Reprezentantul sintagmei SA SIMT s-a rostogolit disperat pe podea, simţindu-se nebăgat în seamă. Reprezentantul sintagmei DE CE a spus lapidar: „Pentru că din întâmplare i-ai stat în cale, te-a nimerit pe tine”. În cadrul întâlnirii cu reprezentantul PUNCTULUI FINAL al intenţiei mele, din interiorul meu au ieşit treptat la suprafaţă durerea, disperarea şi valuri de lacrimi. Acest lucru a atenuat ura reprezentantei sintagmei SIMPTOM CUTANAT. Ulterior am simţit că am o relaţie mai bună cu reprezentantul cuvântului VREAU, care acum a reuşit să-şi îndrepte spatele şi să stea drept. Şi relaţia cu EUL meu a devenit

mai intensă, chiar dacă acesta a continuat să fie foarte temător şi precaut.

La aproximativ o săptămână după această şedinţă am început brusc să am dureri puternice în jumătatea dreaptă a capului, în urma căutării pe internet am descoperit că, în medicina convenţională, asemenea dureri simt desemnate ca fiind o formă de „nevralgie de trigemen”. După ce-am clarificat, în urma unei vizite la medicul meu dentist, faptul că această durere nu avea nimic de-a face cu o infecţie dentară, am formulat o altă intenţie: „La ce servesc aceste dureri?” Răspunsul a fost din nou fără echivoc: durerile exprimă neputinţa mea în faţa experienţelor de violenţă din copilărie. Ele sunt expresia unei disocieri şi, din acest punct de vedere, o strategie de supravieţuire care-i ascunde pe agresori şi interiorizează presiunea pe care ei au exercitat-o asupra mea.

În acest context am înţeles şi motivul pentru care am un ţiuit în ambele urechi: actele de violenţă au fost comise de ambele părţi: atât de mama, cât şi de tata. Nu m-am putut îndrepta către niciunul dintre ei, pentru a mă proteja. Nu am putut scăpa de această violenţă permanentă, ci doar am suportat-o şi am îndurat-o abia ţinându-mă pe picioarele mele încordate. Într-una dintre numeroasele constelaţii pe care le-am făcut pe această temă ţiuitul s-a dovedit a fi o încercare de a scăpa de certurile zilnice dintre părinţi, transformând strigătele lor într-un şuierat subţire şi încercând să fac totul corect, poate pentru a fi totuşi iubit. Încă înainte de a mă naşte am fost expus gălăgiei infernale făcute de fierăstraiele de tăiat piatră, deoarece mama mea a lucrat într-o fabrică de marmură până în a şaptea lună de sarcină. Într-o altă constelaţie pe tema „tinitusului”, am înţeles faptul că nu putusem scăpa de acest zgomot încă dinainte de a mă naşte, iar dezvoltarea mea fizică a fost în conflict cu contratendinţa de a mă contracta din cauza fricii de moarte. M-am întrebat mult timp de ce acest „tinitus” a apărut abia la vârsta de 35 de ani. Astăzi îmi dau seama că

a fost vorba despre o situaţie profesională în care, la fel ca la începutul vieţii mele, m-am simţit respins şi deloc binevenit şi, în consecinţă, mi-a fost frică. Adesea, „situaţiile paralele” declanşează simptomele fizice ale traumei iniţiale.

Experienţele de violenţă din copilărie au generat şi „tuşea iritativă” din zona gâtului şi a pieptului. De exemplu, după ce o „răceală” trecea, această „tuse iritativă” persista. După ce, în cadrul unei constelaţii, mi-am dat seama şi am simţit clar faptul că, pe când eram bebeluş, am supravieţuit cu greu unui atac de violenţă din partea tatălui meu, acest simptom a dispărut. Pentru prima dată în viaţa mea am avut ulterior sentimentul că nu trebuie să-mi fac griji cu privire la ceea ce s-ar putea întâmpla. M-am simţit pe deplin prezent în aici-şi-acum.

Semnalele corpului conţin mesaje importante

Este o mare greşeală faptul de a considera că problema reală, în cazul unei boli, o constituie simptome precum durerile, inflamaţiile, degenerările sau leziunile. Căci aceste fenomene sunt doar nişte indicii care avertizează asupra faptului că se întâmplă ceva ce în principiu trebuie pus în ordine. Este o eroare gravă faptul de a „elimina” pur şi simplu, de a reprima sau de a „remedia” simptomele fizice perceptibile ale traumelor psihice. În felul acesta se pierde din vedere esenţialul şi nu poate avea loc un proces de vindecare. Adevărata problemă continuă să rămână nerezolvată în corpul individului. Astfel, traumele nu sunt procesate, corpul nu devine mai plin de viaţă, ci, în cel mai bun caz, devine mai funcţional pe termen scurt. El devine tot mai mult o închisoare, ba chiar duşmanul propriei persoane. De aceea, apar noi semnale corporale, care de obicei sunt chiar mai puternice decât cele iniţiale. Eliberarea de biografia traumatică nu poate avea loc în felul acesta.

Strategiile de supravieţuire nu vindecă, ci continuă să creeze clivaje

Cu cât un organism uman se confruntă mai devreme,

pe parcursul dezvoltării sale, cu experienţe traumatice, cu atât mai profunde, mai diverse şi mai durabile sunt prejudiciile ulterioare. Dacă în timpul dezvoltării sale prenatale un copil suferă prejudicii cauzate de intoxicări, alimentaţie proastă, conflicte interpersonale şi violenţă, acestea lasă urme asupra acelor organe şi părţi ale corpului care se dezvoltau în momentul producerii traumei. Întrucât aceste prejudicii produse în copilărie sunt stocate în corp în mod inconştient, ulterior ne îndreptăm spre ceea ce ne pare a fi inteligibil şi căutăm zadarnic vindecarea suferinţei noastre acolo unde ea nu poate fi găsită (Evertz, Janus şi Lindner, 2015; van der Kolk, 2015; Sauer şi Emmerich, 2017).

Când ajungem să percepem suferinţa noastră la nivel fizic, de obicei a trecut deja foarte mult timp de la momentul traumei. Timp în care ne-am suprasolicitat organismul în mod unilateral. Drept urmare, acest lucru a dus la apariţia unor fenomene de uzură tot mai intense la nivelul articulaţiilor, la leziuni ale mucoaselor, la disfuncţii ale organelor de simţ sau la cedarea completă a organelor. În plus, în această perioadă am recurs la numeroase refulări, negări şi minimalizări ale traumelor noastre. În mediul nostru, de obicei nimeni nu ne-a atras atenţia asupra faptului că aceste dureri fizice, aceste deficienţe sau degenerări şi-ar putea avea originea într-o traumă psihică. Am încercat deja unele tratamente, dintre care unele au ameliorat probabil simptomele presupuselor noastre boli. Însă ele nu au putut modifica nimic în ceea ce priveşte trauma care le-a cauzat. Dimpotrivă, în felul acesta ne-am amplificat şi mai mult clivajele din interiorul nostru. În practica mea pot observa clar efectele dăunătoare ale strategiilor de supravieţuire bine intenţionate, care sunt oferite clienţilor drept soluţii atât în cadrul medicinei alopate, cât şi în cadrul psihoterapiilor convenţionale.

De exemplu, ideea unui „automatemaj” nu este sănătoasă, deoarece ea o reactivează în mod inconştient pe

mama reală, în schimb, trebuie să simţim realitatea dureroasă a faptului că, pentru noi, nu a existat o mamă iubitoare, deoarece ea însăşi era încă un copil mic şi cu nevoi nesatisfăcute. Altminteri rămânem în continuare într-o atitudine de victimă şi în clivaj.

Cât de mare este potenţialul nostru de autovindecare?

În definitiv este vorba despre a stabili din nou o relaţie iubitoare cu propriul nostru corp, de a acorda atenţie nevoilor sale şi de a lua în serios semnalele pe care ni le dă. Aceasta înseamnă, de asemenea, să nu (mai) permitem celorlalţi să dispună de corpul nostru şi să-l abuzeze în scopul aplicării strategiilor lor de supravieţuire în urma traumei. De asemenea, trebuie să învăţăm să rezistăm tentaţiei de a dori să punem stăpânire pe corpurile altor oameni pentru a ne transfera în ele experienţele noastre traumatice.

Acesta este un proces dureros care trezeşte o anumită anxietate. Durerea şi anxietatea pot avea diferite funcţii:

Există dureri şi anxietăţi care ne separă şi mai mult corpul de psihicul nostru şi care ne adâncesc şi mai mult clivajele noastre. Confruntarea cu aceste sentimente are rolul de a ne distrage atenţia de la traumele noastre.

Există dureri şi anxietăţi care vindecă. Atunci când le simţim profund, ele ne reconectează corpul cu psihicul. Ulterior, procesele fizice care se reglează în mod inconştient şi autonom îşi pot face treaba, în timp ce procesele psihice conştiente creează în acest scop un mediu vindecător.

Pentru a simţi durerea vindecătoare este bine să ne aflăm în contact cu un mediu în care ne simţim în siguranţă, susţinuţi şi înţeleşi. Acest lucru ar trebui să se întâmple într-un grup terapeutic adecvat.

Aşa cum aflat între timp, posibilităţile de regenerare şi puterea de autovindecare ale întregului organism uman simt imense. De asemenea, există acum exemple

impresionante şi în ceea ce priveşte neuroplasticitatea6 sistemului nervos şi a creierului (Doidge, 2015). În cadrul unui studiu realizat într-un spital, Mechthilde Kiitemeyer a constatat faptul că rănile care nu se vindecau s-au închis după ce persoanele afectate au discutat despre experienţele traumatice care se ascundeau sub aceste răni (Kiitemeyer, 2008). Dar şi în cazul acesta există limite:

Osul deformat al degetului de la picior se va îndrepta cu greu, chiar dacă trauma iniţială, de exemplu, un abuz suferit la vârsta de sugar, a fost între timp recunoscută şi simţită.

Organele deja deteriorate nu vor reveni niciodată pe deplin la capacitatea lor iniţială, pe care ar fi avut-o dacă nu ar fi fost afectate de traumă.

Rinichiul care a fost îndepărtat chirurgical nu-l mai putem recupera.

Dinţii extraşi nu mai pot creşte din nou.

Cu toate acestea, niciodată nu pare a fi prea târziu să profităm de semnalele de alarmă ale corpului pentru a explora fundalul lor traumatic. Ar trebui să ne luăm în serios corpul „atunci când el spune Nu”, aşa cum a declarat pe bună dreptate medicul canadian Gabor Maté (Maté, 2011). Cu cât începem mai devreme, cu atât sunt mai mari şansele unei vindecări complete. Mai ales pentru sugari şi copii este o binecuvântare atunci când semnalele de alarmă pe care ei ni le transmit prin intermediul corpurilor lor nu sunt neglijate şi nu sunt considerate a fi nişte „boli” misterioase, ci este cercetată originea lor traumatică şi sunt luate în serios (Nickel, 2017).

În practica mea am observat adesea cum clienţilor diagnosticaţi cu cancer le-au dispărut brusc tumorile şi indicatorii cancerului, spre uimirea chiar şi a medicilor lor, după ce au ajuns la originea traumelor lor psihice. Aşa-numitele boli autoimune au dispărut brusc după ce conflictele psihice care stăteau la baza lor au fost rezolvate. Aşa cum am menţionat deja, şi pentru mine însumi am reuşit să obţin multe rezultate bune în ceea ce

priveşte vindecarea suferinţelor mele fizice.

Aşadar, chiar şi la vârste mai înaintate, putem combate o agravare şi mai mare a afecţiunilor fizice prin intermediul unei abordări orientate spre cauză, şi nu spre simptom. Când facem ca eul nostru sănătos să prospere şi ne dezvoltăm nestingherit propria voinţă, puterea noastră de vindecare poate creşte. Atunci şi medicina tradiţională, şi procedeele medicale alternative pot contribui la procesele de vindecare, care vizează aspectele materiale şi energetice ale organismului.

Poate că într-o zi vom putea şi muri fără ca părţile noastre supravieţuitoare să se împotrivească sau fără să trebuiască să aşteptăm, într-o stare de demenţă şi de înceţoşate a minţii, ca alţii să oprească aparatele pentru noi.

Bibliografie

Adler, R.H. şi alţii (ed.) (2017): *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer

Ammon, M. & Fabian, E. (ed.) (2014): *Selbstfindung und Sozialisation*. Gießen: Psychosozial

Ammon, M. (2014): „Identität – ein interpersonelles Geschehen aus dynamischpsychiatrischer Sicht”, în: M. Ammon & E. Fabian (ed.): *Selbstfindung und Sozialisation*, pp. 123 – 158. Gießen: Psychosozial

Bauer, J. (2005): *Warum Ich fühle, was du fühlst*. Hamburg: Hoffmann und Campe

Bauer, J. (2015): *Selbsisteuerung*. München: Karl Blessing

Bourquin, P. & Cortés, C. (2016): *Der allein gebliebene Zwilling*. Innenwelt

Broughton, V. (2013): *The Heart of Things*. Steyning: Green Balloon

Buford, B. (2010.): *Geil auf Gewalt*. München: Goldmann

Chalmers, A.F. (2001): *Wege der Wissenschaft*. Heidelberg: Springer

Dahlke, R. (2007): *Krankheit als Symbol*. München:

Bertelsmann

Damasio, A.R. (2005): *Eroarea lui Descartes*. Bucureşti: Humanitas.

Davison, G.C. & Neale, J.M. (1979): *Klinische Psychologie*. München: Urban & Schwarzenberg

Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (2008): *Krankheit als Weg*. München: Bassermann

Descartes (1957): *Discurs asupra metodei de a ne conduce bine raţiunea şi a căuta adevărul în ştiinţe*. Bucureşti: Editura Ştiinţifică

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt M.H. (ed.) (1993): *Internaţionale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. (N.T.: *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament. Descrieri clinice şi îndreptare diagnostice*) Bem: Hans Huber

Doidge, N. (2015): *Wie das Gehim heilt*. Frankfurt/M.: Campus

Enders, G. (2014): *Darm mit Charme*. Berlin: Ullstein

Erikson, E.H. (1976): *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Ermann, M. (2007): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer

Evertz, K., Janus, L. & Lindner, R. (ed.) (2015): *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie*. Heidelberg: Mattes

Evertz, K. (2015): „Psychodynamische Aspekte von Schwangerschaftskonflikten în Bildern", în: K. Evertz, L. Janus & R. Lindner (ed.): *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie*, pp. 270 – 300. Heidelberg: Mattes

Felitti, VJ. şi alţii (1998): „Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death în Adults", în: *American Journal of Preventive Medicine*, nr. 4, pp. 245 – 258

Grabe, E. (2015): *Das kindliche Entwicklungstrauma*. Stuttgart: Klett-Cotta

Goffman, E. (2004): *Aziluri. Eseuri despre situaţia socială a pacienţilor psihiatrici şi a altor categorii de persoane instituţionalizate*. Iaşi: Polirom.

Graeber, D. (2014): *Schulden*. München: Goldmann

Gruen, A. (2000): *Der Fremde în uns*. Stuttgart: Klett-Cotta

Gruen, A. (2014): *Der Verrat am Selbst*. München: dtv

Gruen, A. (2015): *Dem Leben entfremdet*. München: dtv

Heller, L. & Lapierre, A. (2013): *Entwicklungstrauma heilen*. München: Kösel

Hoppe, G. (2014): „Abtreibungen und Trauma", în: Franz Ruppert (ed.): *Frühes Trauma*, pp. 105 – 127. Stuttgart: Klett-Cotta

Huber, M. (2013): *Der Feind im Innern*. Paderborn: Junfermann

Juul, J. (2013): *Mann und Vater sein*. Freiburg: Kreuz

Kakar, K. (2015): *Frauen în Indien*. München: C.H. Beck

Kuhn, T.S. (2008): *Structura revoluţiilor ştiinţifice* (ed. a II-a). Bucureşti: Humanitas

Kütemeyer, M. (2008): „Die dissoziative Wunde – ein Erinnerungssyndrom seelischer Traumatisierung", în: *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, nr. 2, pp. 27 – 39

Langlotz, E.R. (2015): *Symbiose în Sistemaufstellungen*. Heidelberg: Springer

Laszlo, E. (1995): *Kosmische Kreativität*. Frankfurt/M.: Insel

Levine, P.A. (2010): *Sprache ohne Worte*. München: Kösel

Marx, S. (2010): *Herzintelligenz kompakt*. Freiburg: VAK

Maté, G. (2008): *In the Realm of Hungry Ghosts*. Toronto: Random House

Maté, G. (2003): *When the Body Says No*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Nickel, R. (2017): „Chronischer Schmerz und frühe

Traumatisierung", în: *Trauma*, nr. 1, pp. 6 – 14

Port, C.B. (2001): *Moleküle der Gefühle*. Reinbek: Rowohlt-Taschenbuch

Reddemann, L. (2008): *Psychodynamisch Imagin*ative *Traumatherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta

Rhodes, J. (2014): *Der Klang der Wut*. München: Nagel & Kimehe

Ruppert, F. (2002): *Verwirrte Seelen*. München: Kösel

Ruppert, F. (2007): *Seelische Spaltung und innere Heilung*. Stuttgart: Klett-Cotta

Ruppert, F. (2012 a): *Traumă, ataşament, constelaţii familiale*. Bucureşti: Trei

Ruppert, F. (2012 b): *Trauma, Angst und Liebe*. München: Kösel

Ruppert, F. (ed.) (2014): *Frühes Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta

Ruppert, F. (2015): *Simbioză şi autonomie*. Bucureşti: Trei

Săß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, J. (1998): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV*. (N.T.: *DSM IV. Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale*) Göttingen: Hogrefe

Sauer, M. & Emmerich, S. (2017): „Chronischer Schmerz nach Trauma – ein Phänomen des leiblich Unbewussten", în: *Trauma*, nr. 1, pp. 24 – 36

Schneider, K. (1992): *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme

Schubert, C. (2011) (ed.): *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer

Seidler, G.H., Freyberger, H.J. & Maercker, A. (2011) (ed.): *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta

Sheldrake, R. (1998): *Das schöpferische Universum*. Berlin: Ullstein

Siegel, D.J. (2010): *Wie wir werden, die wir sind*. Paderborn: Junfermann

Strauss, D. (2014): „Abnabelungsund Wiederanbindungsprozess als letzte Phase der Geburt”, în: F. Ruppert (ed.): *Frühes Trauma*, pp. 175 – 191. Stuttgart: Klett-Cotta van der Kolk, B. (2015): *Verkörperter Schrecken*. Lichtenau: G.P. Probst von Uexküll, T. (1976): *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*. Reinbek: Rowohlt

Walz-Pawlita, S., Unruh, B. & Janta, B. (ed.) (2015): *Identitäten*. Gießen: Psychosozial

Weber, G. (1995): *Zweierlei Glück*. Carl-Auer-Systeme

Wirsching, M. (1996): *Psychosomatische Medizin*. München: Beck

Dr. Franz Ruppert, n. 1957, este profesor de psihologie şi psihoterapeut. Pornind de la metoda constelării intenţiei, el a dezvoltat terapia traumei psihice orientată către identitate.

www.franz-ruppert.de

HARALD BANZHAF

Trauma: o cheie pentru înţelegerea suferinţei fizice

Politrauma şi trauma psihică – realităţi medicale şi psihologice

Când aud cuvântul „traumă”, oamenii îl asociază cu fenomene extrem de diferite. În calitate de medic de urgenţă, m-am gândit mult timp, în mod direct şi exclusiv, la cuvântul „politraumă” – un termen care declanşează automat o stare de alertă extremă, atât în cadrul serviciului de ambulantă, cât şi în unitatea medicală de urgenţă a unui spital. Chiar şi numai acest cuvânt era suficient pentru a-mi stimula la maximum hormonii de stres în perioada în care am activat ca medic de urgenţă. În mod ciudat, în acele momente eram, chiar şi pentru asistenţii de pe ambulanţă care mă însoţeau, surprinzător de calm din punct de vedere emoţional, având în vedere situaţia exterioară, şi mă simţeam cu adevărat plin de viaţă.

Oamenii care, în urma unui accident de circulaţie sau a unei căderi de la mare înălţime, şi-au vătămat mai mult

sau mai puţin grav diferite sisteme de organe sunt caracterizaţi de către medicină ca fiind „politraumatizaţi” Este vorba despre stări acute, legate în special de disfuncţii organice, care necesită o intervenţie rapidă şi precisă. Astfel persoanele afectate se află într-o situaţie care le poate ameninţa viaţa şi care este asociată! cu eliberarea excesivă a hormonilor de stres şi a mediatorilor inflamaţiei.

În context psihologic, cuvântul „traumă” înseamnă ceva cu totul diferit. Aici este vorba în primul rând despre consecinţele psihice apărute după depăşirea unui eveniment copleşitor asociat cu frica de moarte şi de pierdere a controlului, pe care psihicul nu l-a putut procesa în întregime şi care a lăsat în urmă răni, care conduc la o perturbare profundă a integrităţii mentale şi fizice. Trauma psihică se referă, de asemenea, la ameninţarea de lungă durată cauzată de pericole externe, de exemplu, de o persoană violentă, precum şi la consecinţele fizice şi psihice, atât pe termen scurt, cât şi pe termen lung, ale acesteia. Acest lucru este valabil mai ales pentru copiii care, de-a lungul întregii lor copilării, sunt, fără putinţa de a se apăra, la discreţia părinţilor traumatizaţi.

În funcţie de aspectul, medical sau psihologic, asupra căruia este îndreptată atenţia, percepţiile sunt foarte diferite, în primul caz, în prim-plan se află organismul cu funcţiile sale fiziologice perturbate. În celălalt caz, atenţia este îndreptată în mod predominant asupra aspectelor emoţionale şi mentale ale persoanei afectate. Problema este aceea că, în primul caz, este luat în considerare şi „tratat” în mod corespunzător corpul lipsit de suflet, iar în celălalt caz, e abordat sufletul lipsit de corp. Deşi aproape toate cercetările ştiinţifice recente au ajuns la concluzia că psihicul şi corpul sunt inseparabile, în tradiţia medicală occidentală continuăm să avem o concepţie învechită asupra lumii şi ne construim realitatea în acest mod simplificat (Maté, 2013). Ce-i drept, în felul acesta practica

de zi cu zi este oarecum înlesnită. Însă astfel ne blocăm calea către o înţelegere holistică asupra lumii şi vieţii. împiedicăm desfăşurarea unui proces pe care l-am putea numi sănătate sau vindecare. Căci un proces de vindecare poate avea succes numai atunci când toate părţile unui sistem primesc consideraţia şi recunoaşterea necesare.

Psihiatrul Daniel Siegel, care a inventat termenul de „neurobiologie interpersonală" (Siegel, 2015), vorbeşte în acest context despre „triunghiul stării de bine" – interacţiunea dintre minte, creier şi relaţiile noastre. În acest context, când se vorbeşte despre creier, sunt luate în considerare componentele fiziologice, adică şi corpul ca organism fizic. Integrarea acestor trei părţi pare a fi cheia sănătăţii şi a vindecării. Modul în care relaţionăm cu alţi oameni joacă în cazul acesta im rol covârşitor. Această capacitate de a relaţiona atât cu noi înşine, cât şi cu ceilalţi oameni este zdruncinată din temelii în urma experienţelor traumatice. O experienţă copleşitoare modifică grav atât creierul (mintea), cât şi corpul. Ea este, practic, un ad de agresiune asupra centrului fiinţei noastre. Trauma nu produce o modificare treptată şi temporară a sinelui nostru. Ea dezorganizează şi descompune definitiv acest sine în părţi asemănătoare unui puzzle, care nu mai au nicio coerenţă şi nicio legătură unele cu altele.

În această carte vom întâlni numeroase poveşti de viaţă individuale şi vom afla că fiecare organ sau sistem de organe poate deveni, în felul său, purtătorul energiei traumei şi poate exprima frica, panica şi suferinţa asociate cu aceasta sub forma unor simptome diferenţiate. Pentru a înţelege faptul că avem nevoie de corp, psihic şi minte, astfel încât procesul de integrare să aibă succes, trebuie să ne amintim că avem un creier triunitar care se dezvoltă pe parcursul evoluţiei noastre individuale (McLean, 1990). El reprezintă planul material prin care se manifestă capacitatea noastră de a gândi şi de a simţi. În cea mai mare parte a timpului suntem conştienţi de faptul că avem

un creier mare („creierul uman”), care reunifică funcţiile gândirii şi asocierii logice, analitice şi care face posibilă desfăşurarea unor procese cognitive extrem de complexe, cum ar fi limbajul, planificarea viitorului etc. Sub el se ascunde o parte a creierului mult mai veche din punct de vedere evolutiv, „creierul de mamifer”, care conţine emoţiile, sentimentele noastre şi toate elementele nonverbale. Adânc în interiorul capului nostru se află partea cea mai veche a creierului, „creierul reptilian”, care este dotată cu tot ceea ce avem nevoie pentru existenţa noastră fizică. Acest creier primitiv coordonează bătăile inimii, tensiunea arterială, temperatura corpului, metabolismul apei şi tot ceea ce este important pentru existenţa noastră. Aici se află şi centrii de comandă pentru funcţiile importante care ne ajută să supravieţuim în caz de pericol extrem, cum ar fi reflexul de „luptă sau fugă” şi aşa-numitul reflex de încremenire, de „îngheţare”, de „a face pe mortul”, care se declanşează atunci când nici lupta, nici fuga nu par a fi oportune, iar toate celelalte strategii de gestionare a stresului au eşuat.

Pentru a demonstra relaţia strânsă dintre procesele fizice şi psihice şi, totodată, pentru a conştientiza faptul că în cazul acesta este vorba despre categorii diferite, Walach, Wittmann şi Schmidt (2017) vorbesc despre „principiul complementarităţii” Acesta se referă la descrieri diferite care trebuie făcute în acelaşi timp, pentru a înţelege starea de fapt. În felul acesta devine evident că, pentru a fi om, avem nevoie atât de corporalitate, cât şi de dimensiunea mentală. De aceea în realitate conştientizăm întotdeauna ambele aspecte, chiar dacă la un moment dat observăm procesele fizico-fiziologice, pentru a obţine rezultate măsurabile, iar altă dată ne îndreptăm atenţia spre fenomenele mental-psihologice, pentru a descrie experienţele subiective.

În acest sens, ar fi avantajos atât pentru departamentul medical, cât şi pentru cel psihologic al ştiinţei, ca cele două părţi să nu-şi mai respingă reciproc

poziţiile. Medicina trebuie să recunoască faptul că fiecare corp are un suflet. Iar psihologia ar trebui să renunţe la ideea că procesele psihice simt posibile fără a avea o matrice biologico-fiziologică. Acest fenomen este denumit şi „*embodiment*” („încorporare”) (Storch, Cantieni, Hiither şi Tschacher, 2010). Astfel, am putea abandona ideea învechită a medicinei potrivit căreia „omul funcţionează ca o maşină” şi totodată ar trebui să înţelegem că procesele psihice necesită o matrice biologică şi au o corespondenţă fiziologică.

Acest lucru a fost demonstrat de un studiu realizat asupra unor copii cu vârste de 5 şi de 10 ani, ai căror telomeri7 erau mult scurtaţi, fapt ce indica prezenţa unui proces de îmbătrânire prematur; în biografia acestor copii existaseră maltratări, hărţuieli sau violenţă domestică.8 Aşadar, în cazul acesta traumele au condus la o modificare profundă a biochimici corpului şi, în cele din urmă, a întregului organism, cu consecinţe negative de lungă durată pentru întreaga viaţă a acestor oameni. Astăzi este de necontestat faptul că există o legătură strânsă între sănătate, longevitate şi lungimea telomerilor. Un studiu realizat în anul 2014 a evidenţiat corelaţia dintre lungimea telomerilor şi bolile asociate stresului, precum depresia şi tulburarea de stres posttraumatic, şi a emis ipoteza că stresul traumatic nu doar că declanşează boli psihice, ci influenţează şi îmbătrânirea celulară.9 Acesta este un alt indiciu potrivit căruia corpul şi psihicul nu reprezintă doi poli îndepărtaţi, ci constituie un sistem unitar care se autoorganizează. Clivajul unei părţi din acest întreg împiedică în mod inevitabil vindecarea completă.

Stresul acut salvează viaţa, stresul cronic îmbolnăveşte

Natura a înzestrat toate fiinţele vii, inclusiv pe noi, oamenii, cu un program care ne face să reacţionăm fulgerător în situaţii ameninţătoare de viaţă, pentru a dezamorsa situaţia periculoasă şi a ne asigura supravieţuirea. În ce priveşte reacţia organismului nostru,

nu este relevant dacă ameninţarea este reală sau virtuală, întrucât trunchiul nostru cerebral nu face distincţie între pericolul real şi cel imaginar. Dacă considerăm că puterile noastre simt suficient de mari, în situaţii de urgenţă acceptăm lupta şi, în cel mai bun caz, ne impunem în faţa pericolului acut. Dacă considerăm că resursele noastre nu sunt suficiente, ne retragem şi fugim din zona periculoasă. Pentru aceasta, organismul nostru mobilizează toate rezervele de forţă disponibile. Prin intermediul sistemului endocrin sunt eliberaţi hormoni precum adrenalina şi noradrenalina. În felul acesta sistemul cardiovascular este stimulat la maximum. Pulsul şi tensiunea arterială cresc, plămânii alimentează sângele cu cât mai mult oxigen, astfel încât organele-ţintă şi musculatura să poată funcţiona optim. Şi procesele mentale, şi sistemul imunitar sunt extrem de active. Toate procesele metabolice, precum digestia şi altele, care nu sunt necesare în acel moment, sunt diminuate. Putem desemna această axă a stresului şi ca fiind „o chemare la arme”. După ce pericolul a trecut, toate sistemele pot reveni la nivelul lor iniţial şi se pot redresa. După această situaţie de luptă sau fugă, datorită contraprogramelor fiziologice, nivelul hormonilor de stres produşi anterior se reduce din nou, iar aceştia nu mai inundă organismul.

Însă, dacă nu există nicio soluţie, dacă problema sau pericolul nu poate fi înlăturat, se întâmplă un lucru foarte problematic în organism: o a doua axă a stresului se activează şi, prin intermediul hipotalamusului, al hipofizei şi al glandelor suprarenale, cortizolul, stresul hormonului, este pompat în organism. Sistemul imunitar slăbeşte, sistemul endocrin se dezechilibrează, iar procesele inflamatorii cronice îşi fac apariţia. Drept urmare, au loc o mulţime de modificări fiziologice problematice. Se consideră că, pe termen lung, nivelurile ridicate ale cortizolului distrug nervii şi sunt toxice pentru creier. În cel mai rău caz, celulele nervoase mor. Un studiu publicat în anul 2009 a arătat diferenţe clare în ceea ce priveşte

densitatea receptorilor glucocorticoizi din hipocamp la persoanele care au fost traumatizate în copilărie.10 Persoanele abuzate sexual, bătute sau neglijate au avut mult mai puţini receptori. Numărul acestor situsuri de ancorare chimică a cortizolului decide cât este de predispusă la stres o persoană. Cu cât sunt prezenţi mai mulţi receptori, cu atât mai bine vom face faţă condiţiilor vitrege de viaţă de pe tot parcursul vieţii.

Sistemul nervos autonom, care, în general, nu deţine un control conştient, reglează aceste procese. De activarea şi mobilizarea organismului se ocupă aşa-numitul sistem nervos simpatic. În schimb, oponentul său, sistemul nervos parasimpatic (care conţine cel mai lung nerv, denumit „nervul vag”), este responsabil de relaxare şi regenerare. Cu cât această interacţiune extrem de precisă şi de coordonată între excitaţie şi relaxare îşi pierde mai devreme echilibrul în viaţa unui om, cu atât mai curând apare un dezechilibru pe termen lung. În cazul acesta predomină componenta simpatică a sistemului nervos, care creează o stare de tensiune permanentă, intensifică excitaţia, activează axele hormonilor de stres şi produce numeroase modificări biochimice şi moleculare.

Vigilenţa sporită, iritabilitatea crescută, tensiunile musculare, stările depresive, tulburările de somn, predispoziţia la infecţii, creşterea predispoziţiei de a dezvolta boli cronice sunt doar câteva dintre posibilele consecinţe. Există un vast acord cu privire la faptul că stresul cronic constituie factorul cel mai important de îmbolnăvire (Lipton, 2005). Căci a fi într-o stare de alertă permanentă înseamnă a nu te mai putea regenera. Astfel, toate sistemele de organe simt suprasolicitate pe termen lung. Predispoziţia permanentă a organismului la o serie de inflamaţii cronice „invizibile” („*silent chronic inflammation*” *11*) este, la nivel biochimic, precursoarea numeroaselor boli cronice şi a procesului de îmbătrânire prematură a organismului.

Trauma, stresul cronic şi consecinţele asupra

creierului

Când are loc un eveniment în timpul căruia un om nu poate nici să lupte, nici să fugă, când niciuna dintre strategiile disponibile nu mai este eficientă, deoarece fie pericolul este prea puternic, fie resursele sunt prea neînsemnate, atunci se activează un reflex arhaic care se declanşează în situaţii de urgenţă: reflexul de a „îngheţa" sau de a face pe mortul. Acesta este controlat de nervul vag, nervul responsabil de relaxare, care, sub forma complexului vagal anterior (ventral), asigură de fapt odihna, relaxarea şi activarea „sistemului implicare socială". În cazul nostru, însă, se activează partea nonmielinizată şi cea mai veche din punct de vedere evolutiv, complexul vagal posterior sau dorsal (Porges, 2001).

Ceea ce la nivel fizic definim ca fiind reflexul de a face pe mortul, adică oprirea sau blocarea funcţiilor organelor, este, la nivel psihic, responsabil de starea care apare după trăirea unei traume. O stare în care nu există nicio opţiune, cu excepţia renunţării totale la sine, şi care este însoţită de o stare de neputinţă extremă, de o frică imensă şi este urmată de o stare de apatie. În jargonul de specialitate se vorbeşte şi despre „fragmentarea" funcţiilor fizice şi psihice, care în mod normal sunt interdependente. În limbaj colocvial asta înseamnă că, în faţa unui pericol foarte mare, omul îşi părăseşte corpul în mod conştient, adică corpul şi psihicul nu mai formează o unitate în sensul unui întreg coerent.

Ei bine, ce se întâmplă în creier după experienţa unui asemenea stres traumatic? Creierul nostru triunitar se dezvoltă, ca să spunem aşa, „de jos în sus". Fiind prima dintre cele trei părţi ale creierului, creierul reptilian, care este esenţial pentru supravieţuirea fizică şi care include trunchiul cerebral, este pe deplin funcţional încă de la începutul vieţii. Respiraţia, circulaţia, temperatura corpului şi multe alte procese metabolice, fiziologice şi biochimice se coordonează unele cu altele. În primii ani de

viaţă se dezvoltă apoi creierul de mamifer împreună cu sistemul limbic. Sistemul limbic împreună cu trunchiul cerebral poartă numele de „creier emoţional”. Abia la urmă se dezvoltă complet neocortexul, creierul raţional, creierul nostru mare şi, împreună cu el, lobii frontali şi cortexul prefrontal. Pe tot parcursul vieţii, funcţiile tuturor celor trei segmente sunt periclitate şi pot fi afectate de traume.

Cortexul prefrontal, care este o parte importantă a lobului frontal – aflându-se chiar în spatele ochilor –, are un rol foarte special. El este responsabil nu doar de faptul că avem empatie, ci şi conectează creierul mare, care este responsabil de gândirea şi de acţiunile noastre, cu sistemul limbic, sediul emoţiilor noastre. Van der Kolk denumeşte această parte a creierului „turnul de control” (van der Kolk, 2015). Acest centru de control extrem de important are, într-o oarecare măsură, o metapoziţie. Din această poziţie putem observa, analiza şi cântări de la un nivel superior toate informaţiile relevante şi detaliate, precum gândurile, sentimentele, emoţiile şi impresiile senzoriale, inclusiv markerii somatici, adică informaţiile provenite din aşa-numitul „creier abdominal” şi, în cele din urmă, putem decide ce este bun şi corect pentru noi. Această parte foarte tânără din punct de vedere evolutiv a creierului nostru pare să întruchipeze caracteristicile pe care noi le denumim ca fiind umane şi care ne deosebesc de toate celelalte mamifere.

Potrivit lui Joachim Bauer (2015), formarea conştiinţei de sine este un proces organizat, în principal, de cortexul prefrontal. Acesta devine funcţional abia în primii trei ani de viaţă şi constituie condiţia esenţială pentru formarea ideii de eu, tu şi noi. Anterior acesteia există o relaţie diadică între bebeluș și persoana cea mai apropiată, care de obicei este mama. Cortexul prefrontal influenţează în mod decisiv capacitatea de autocontrol şi autoconducere prin faptul că acesta controlează centrii „inferiori” ai instinctelor, recompensei, fricii şi

agresivităţii. În urma acestui proces extrem de complex de formare şi de conectare a cortexului prefrontal, care este alcătuit din diferite componente, ia naştere cu timpul un sentiment de sine, care conţine diferite componente psihice, pe care, în cazul cel mai favorabil, le poate integra. Totuşi, o condiţie esenţială este existenţa prealabilă a unei relaţii neurobiologice reuşite între eu şi tu. Dacă în urma unei traume timpurii, cortexul prefrontal nu se poate dezvolta complet sau funcţionarea sa este perturbată, atunci vor fi periclitate şi dezvoltarea unui eu sănătos, conştientizarea lui tu şi noi şi, în cele din urmă, formarea conştiinţei de sine.

Potrivit lui Joachim Bauer, la nivel neurobiologic stresul intens şi traumele psihice pot produce o reducere fiziologică a reţelelor care sunt responsabile de relaţia eu-tu. Cu cât o traumă se iveşte mai devreme în viaţă, cu atât mai mare este pericolul apariţiei unor consecinţe grave şi pe termen lung. Uneori chiar şi circumstanţe mai puţin dramatice au efecte vaste. De exemplu, volumul hipocampului se diminuează atunci când relaţia copiilor cu persoanele de referinţă are de suferit. Cercetările au demonstrat faptul că, după trăirea unor experienţe de violenţă sau de neglijare, volumul creierului copiilor afectaţi s-a diminuat cu până la 20%. Şi cortexul prefrontal a fost afectat.

Sub „turnul de control” se află, în sistemul limbic, talamusul, un alt important centru de triaj şi centralizare a informaţiilor. El are o importanţă esenţială pentru înţelegerea traumei. Toţi stimulii senzoriali care ajung de la periferie în talamus, prin intermediul organelor de simţ (auzul, văzul, mirosul, pipăitul), sunt filtraţi şi apoi sunt transmişi mai departe, către amigdală, pentru a fi evaluaţi.

Cele două jumătăţi ale amigdalei (ale „nucleului amigdalian”) funcţionează ca o instanţă de control esenţială, care decide dacă un stimul este periculos sau inofensiv pentru organism. De aceea, adesea ele sunt denumite şi „detectoarele de fum” de la nivelul creierului.

În cazul în care amigdala declanşează şi trimite semnale neuronale la alte segmente ale creierului, cum ar fi hipocampul (cu structură de „căluţ de mare”) şi cingulum (circumvoluţia corpului calos), se eliberează automat cantităţi mari de hormoni de stres, cu scopul de a pregăti organismul pentru reacţia de „luptă sau fugă”, creând, astfel, disponibilitatea de a realiza o performanţă maximă. Acest echilibru între creierul emoţional şi cel raţional este hotărâtor pentru bunăstarea noastră şi pentru sănătatea noastră pe termen lung. Numai atunci când ambele părţi ale creierului funcţionează în paralel, se poate ajunge la o stare echilibrată, la un punct de mijloc între extremele surescitării şi încremenirii.

Stresul traumatic iniţiază o modificare majoră a acestui echilibru instabil. Ori de câte ori organismul consideră că se află în primejdie sau chiar într-un pericol mortal, ca urmare a unei situaţii reale sau percepute, părţile creierului încep să funcţioneze la o viteză mai mică, recurgând la modalităţi de funcţionare mai vechi, testate pe termen lung. Creierul raţional este dezactivat primul, fiind urmat şi de sistemul limbic. În cele din urmă, controlul este preluat de creierul reptilian, care declanşează reacţia de luptă sau fugă controlată de trunchiul cerebral sau chiar reflexul de a face pe mortul, ca o ultimă opţiune. În funcţie de gravitatea pericolului, aceste planuri de urgenţă se sustrag complet controlului conştient şi influenţei exercitate din exterior.

Între timp s-a stabilit că traumele pot deteriora funcţionarea componentelor cerebrale menţionate mai sus, în special cea a cortexului median prefrontal, a amigdalei şi a hipocampului, şi pot perturba masiv echilibrul fiecărei structuri. Într-o cercetare realizată în anul 2014 s-a demonstrat clar relaţia dintre stresul traumatic, stresul oxidativ şi tulburarea de stres posttraumatic, precum şi consecinţele acestora asupra neurodegenerării şi îmbătrânirii celulare.12 Potrivit lui van der Kolk (2015), în cazul unei tulburări de stres posttraumatic (TSPT),

echilibrul dintre „detectoarele de fum” şi „turnul de control” se modifică radical. Atunci când cortexul prefrontal îşi pierde proprietăţile sale evaluative şi modulatoare, oamenii nu mai pot controla şi reprima impulsurile care iau naştere în segmentele inferioare ale creierului.

Atunci când în urma unei traume capacitatea de reglare şi ajustare a amigdalei are de suferit, iar majoritatea stimulilor recepţionaţi semnalizează permanent numai ameninţări şi pericole, oamenii nu mai pot să se simtă în siguranţă, să se relaxeze sau să se regenereze. Astfel, ei ajung să aibă un stil de viaţă în care sistemul nervos parasimpatic este permanent activat, ceea ce necesită un consum mare de putere şi de energie. Atunci când trauma continuă să afecteze persoana din punct de vedere emoţional, iar cortexul prefrontal nu mai este capabil să-şi îndeplinească funcţia sa de limitare, reacţiile corporale corespunzătoare se declanşează neîncetat din pricina eliberării continue a hormonilor de stres, fiind, astfel, activate pe termen lung. Din cauza suprasolicitării interioare permanente, ele fac posibilă apariţia numeroaselor complicaţii care duc la îmbolnăvire. Acest mod de funcţionare bazat pe o activare permanentă duce, mai devreme sau mai târziu, la epuizare şi la dezvoltarea sindromului burnout. Acest lucru explică de ce sindromul burnout poate fi considerat drept o consecinţă a traumei (Banzhaf şi Schmidt, 2015).

Excurs: „sindromul burnout”.

În general, termenul de „burnout” este definit ca o triadă formată dintr-o stare de epuizare emoţională şi fizică, cinism şi indiferenţă (depersonalizare), la care se adaugă sentimentul eşecului, respectiv al ineficienţei. În urma unei implicări tot mai mari şi a dorinţei de a face performanţă, se ajunge în cele din urmă la retragere şi izolare sau chiar la suicid – acestea sunt etapele ce preced sindromul de epuizare, de „ardere totală” Majoritatea cercetărilor apreciază că există o creştere semnificativă şi

constantă a numărului de cazuri de bumout. În context medical, sindromul bumout reprezintă un fenomen care se referă la dificultăţile de gestionare a vieţii şi care poate fi descris numai printr-un diagnostic suplimentar. Suprapunerile diagnosticelor au scos la iveală prezenţa simptomelor depresiei şi a sindromului de oboseală cronică (*chronic fatigue syndrome*, CFS). Descris pentru prima dată de Freudenberger, fenomenul de „bumout" se referea la persoanele care aveau profesii centrate pe acordarea de asistenţă şi ajutor, reacţionând, astfel, la stresorii profesionali permanenţi. Mai târziu, el a fost utilizat mai ales în contextul profesional. Astăzi sindromul bumout a pătruns la toate nivelurile sociale şi profesionale. Potrivit raportului realizat în anul 2012 de către casele de asigurări de sănătate din Germania cu privire la absenteismul de la locul de muncă, între anii '2004 şi 2011 numărul de zile de concediu medical pentru angajaţi cu „sindromul bumout" a crescut de peste zece ori.

Adesea, sindromul bumout este pus într-o relaţie cauzală şi directă cu creşterea stresului şi a suprasolicitării venite din exterior. Cu extraordinara presiune profesională, familială şi socială, cu multitaskingul, cu volumul mare de muncă şi cu accesibilitatea permanentă faţă de solicitările clienţilor şi şefilor. Însă, dacă îndrăznim să aruncăm o privire asupra legăturilor mai profunde, observăm cu uşurinţă faptul că părţile supravieţuitoare descrise de Franz Ruppert în al său model al clivajului sunt aproape identice cu tiparele oamenilor care sunt pe cale să dezvolte sindromul bumout. Aceste părţi permanent hiperactive şi care nu pot fi satisfăcute niciodată se orientează în mod inevitabil şi fără întrerupere spre exterior, simt nevoia să acţioneze permanent şi totodată să refuleze, sunt mereu suspicioase şi nu-şi dau voie să se odihnească. Din acest punct de vedere, sindromul bumout ar putea constitui, potrivit lui Gabor Maté, un semnal clar că, la un moment dat, corpul spune „nu" (Maté, 2003). Aşadar, aceasta ar putea fi o

încercare foarte inteligentă (şi poate ultima) a organismului de a trage semnalul de alarmă într-un tren care goneşte fără conductor, cu o viteză ameţitoare, ignorând toate semnalele de oprire şi ameninţând să năvălească într-o gară, pentru ca la sfârşit să lase în urmă numai haos, neputinţă şi distrugere.

Aşadar, pe de o parte, sindromul bumout ar putea fi o consecinţă a traumei, iar pe de altă parte, o încercare disperată de a opri acest proces de autodistrugere. De aceea, din experienţa mea ca medic, eu consider că este necesar să examinăm cu foarte mare atenţie toate aşa-numitele simptome de bumout în ceea ce priveşte calitatea lor de semnal de alarmă, precum şi cauza reală care se află în spatele lor. Adesea, strategiile bine intenţionate şi abordările terapeutice ale bumoutului sunt folosite pur şi simplu doar pentru a întări părţile supravieţuitoare şi a intensifica în mod inconştient procesul care duce la îmbolnăvire. Dacă părţile supravieţuitoare ale persoanelor în cauză nu le permit acestora să se odihnească şi le determină permanent să aibă o anumită activitate, atunci niciun atelier cu privire la managementul timpului şi niciun tratament psihosomatic cu elemente clasice de gestionare a stresului nu pot oferi un ajutor real. În cel mai rău caz, chiar şi aceste abordări devin parte dintr-o strategie de supravieţuire în urma traumelor.

Extrem de sensibil la stresul traumatic este şi cortexul dorso-lateral prefrontal, care acţionează ca un cronometru şi semnalizează momentul în care o situaţie s-a încheiat cu adevărat. împreună cu hipocampul, care este foarte sensibil la stres, el plasează experienţele noastre şi semnificaţiile lor într-un context specific. Dacă această funcţie încetează, iar capacitatea ei de evaluare dispare, atunci persoanele afectate devin şi mai neputincioase, adică şi mai puţin capabile, să realizeze o ordonare utilă şi adecvată a evenimentelor.

Talamusul, pe care îl cunoaştem deja în acest context neurobiologic, are sarcina de a filtra informaţiile care

provin din mediul înconjurător, pe care le percepem prin intermediul ochilor, urechilor, nasului şi pielii, precum şi de a distinge lucrurile importante de cele neimportante şi de a ne face să ne focalizăm atenţia pe aspectele semnificative. Van de Kolk (2015) consideră talamusul ca fiind, de asemenea, „bucătarul" care decide ce ajunge în „supa" memoriei noastre autobiografice. Faptul că, după o experienţă traumatică, adesea persoana nu mai poate spune o poveste coerentă, d exprimă doar o amestecătură incoerentă de diferite impresii senzoriale fragmentate, este consecinţa unei deficienţe a talamusului, care, ca urmare a traumei, nici nu poate filtra informaţiile, nici nu poate plasa întreaga chestiune într-un context coerent. Din cauza perturbării şi deteriorării filtrelor de percepţie, ulterior oamenii se confruntă cu un fel de supraîncărcare senzorială permanentă, care intensifică suprasolicitarea, iritabilitatea şi nervozitatea deja existente.

Adesea traumatizările timpurii nu pot fi readuse în memorie, deoarece sunt depozitate în aşa-numita memorie implicită. Acolo sunt localizate informaţiile cu privire la senzaţiile noastre corporale, emoţiile şi tiparele noastre comportamentale din copilărie. Însă, faptul că nu ne amintim nu înseamnă că ceea ce am trăit şi este depozitat în memorie nu produce efecte. Dimpotrivă. Memoria explicită se dezvoltă abia de la vârsta de trei ani, după ce hipocampul devine funcţional şi ne permite să ne reamintim în mod conştient fapte şi experienţe, pe care le ordonăm şi le plasăm într-un context coerent (Levine, 2016).

Am descris mai sus un mecanism de acţiune care poate explica relaţia dintre experienţa traumatică şi modificarea creierului nostru din punct de vedere neurobiologic. Cunoaşterea acestor corelaţii ar putea explica mai bine consecinţele psihice, mentale şi emoţionale ale traumatizării timpurii, precum şi activarea cronică a creierului reptilian sub forma unei surescitări permanente sau chiar a unei stări de încremenire. Totuşi,

pentru a înţelege diferitele simptome ale bolii somatice, este necesar să facem un pas mai departe şi să aruncăm o privire şi mai profundă asupra contextelor extrem de complexe ale relaţiei dintre corp şi minte. În cele ce urmează vom afla modul în care, după o traumă, modificarea creierului este asociată cu efect pe termen lung asupra întregului corp şi asupra sistemelor sale de organe.

Stresul celular şi stresul psihic – două feţe ale aceleiaşi monede

Suprasolicitarea fizică duce la numeroase modificări moleculare, biochimice şi fiziologice. Ulterior, aşa-numiţii markeri ai stresului oxidativ şi nitrozativ au valori ridicate. Acest lucru implică faptul că organismul nu-şi mai poate îndeplini în mod optim funcţiile sale. La nivel celular acest lucru înseamnă că alimentarea cu energia necesară produsă de mitocondrii – „uzinele energetice" ale celulei care produc energia de care e nevoie pentru menţinerea vieţii – nu mai este asigurată, iar celula ajunge într-o situaţie de criză. În cazul acesta vorbim despre o disfuncţie mitocondrială. Din punct de vedere medical, o funcţie mitocondrială perturbată determină apariţia bolilor cronice.

Oboseala cronică şi starea de epuizare permanentă manifestată la nivel fizic au drept cauză această perturbare a producţiei de energie la nivel celular şi constituie punctul de plecare pentru multe alte simptome şi boli. Creşterea stresului oxidativ şi nitrozativ este un mecanism biochimic şi molecular esenţial pentru apariţia aşa-numitelor boli multisistemice. Prin acest termen desemnăm afecţiuni care se manifestă printr-un simptom proeminent sau care afectează un anumit organ, dar care au drept cauză mai profundă o perturbare mai generală a unui sistem supraordonat. În cazul acesta putem da ca exemple bolile sistemului imunitar, în special bolile autoimune, tulburările metabolice – cum ar fi diabetul zaharat –, bolile sistemului cardiovascular, care simt

printre cele mai frecvente cauze ale deceselor şi, nu în ultimul rând, putem să menţionăm şi bolile tumorale.

Când vorbim despre stresul psihic, ne referim la stările de furie, mânie, agresivitate, dar şi la cele de depresie, tristeţe sau neputinţă. Dacă observăm poziţia corporală, gestica şi mimica unui om depresiv, ne dăm seama că aceste forme de manifestare psihică au şi un corespondent fizic. Cât de strânsă este legătura dintre corp şi psihic se observă şi în faptul că, de fapt, creierul nostru nu dispune de zone separate pentru percepţia şi procesarea durerii fizice, respectiv emoţionale.

Substanţa chimică P (în limba engleză: *pain* = durere), proprie organismului, este responsabilă de transmiterea semnalului durerii în sistemul nervos şi este implicată în reacţia inflamatorie a sistemului imunitar. Aceste descoperiri ale psihoneuroimunologiei demonstrează în ce fel corpul nostru (incluzând aici sistemul său nervos, endocrin şi imunitar) formează împreună cu psihicul nostru o unitate funcţională. Şi observarea neurotransmiţătorilor – adică a mediatorilor chimici din creier precum serotonina, dopamina şi oxitocina – arată că fenomenele psihice au un corespondent fiziologic. Determinarea aşa-numitei variabilităţi a frecvenţei cardiace arată foarte clar în ce stare emoţională se află o persoană, dacă este într-o stare de tip „luptă sau fugă” sau dacă se află într-o dispoziţie relaxată şi liniştită.

Aceste corelaţii ne atrag atenţia asupra faptului că stresul psihologic şi cel fizic se condiţionează reciproc şi nu sunt independente unul de celălalt. Numeroase rezultate ale cercetărilor fac trimitere la aceste legături şi descriu relaţia dintre stresul celular şi bolile psihice.13 14 Stresul fizic devine în mod inevitabil perceptibil la nivel psihic, iar stresul psihic se manifestă întotdeauna şi prin reacţiile fizice ulterioare. Ele simt doar două feţe ale aceleiaşi monede.

Şi descoperirile biochimistului Martin Pali (2007)

sugerează faptul că, atunci când există un declanşator puternic, acesta poate determina organismul să ajungă, din punct de vedere biochimic, într-un cerc vicios, care, la rândul său, poate fi considerat cauza multor boli cronice. Potrivit lui Pali, cauza aşa-numitelor boli multisistemice – cum ar fi sindromul de oboseală cronică, fibromialgia, sensibilitatea chimică multiplă la agenţii chimici, dar şi tulburarea de stres posttraumatic – constă într-un ciclu pe care el l-a denumit NO/ONOO.15 în cazul acesta devine clar faptul că diferitele cauze, pe de o parte stresul chimic, iar pe de altă parte traumele psihice, conduc la un acelaşi tip de proces biochimic, care, la rândul său, cauzează creşterea stresului oxidativ şi nitrozativ, inflamaţiile cronice, scăderea nivelului de energie din interiorul celulei şi, în cele din urmă, bolile cronice şi deteriorarea sistemului nervos.

Putem observa astfel că o rană psihică iniţială, o traumă, poate duce prin intermediul relaţiei dintre minte şi corp la o boală fizică gravă. Această legătură este confirmată de rezultatul unei cercetări efectuate în anul 2016 la Universitatea din Ulm. În cazul femeilor care în copilărie au fost maltratate, abuzate sau neglijate, s-au descoperit, chiar şi mulţi ani mai târziu, valori crescute ale markerilor de inflamaţie din sânge. Consecinţele acelor traume din copilărie au constat nu doar într-un risc crescut de a dezvolta boli psihice, ci şi într-o slăbire a sistemului imunitar şi într-o predispoziţie crescută la bolile somatice asociate îmbătrânirii. Cercetătorii au identificat, ca şi cauză, printre altele, modificarea proceselor din mitocondrii. Potrivit experţilor, în primii ani de viaţă, se dezvoltă aşa-numitul „răspuns la stres” al organismului ca o acţiune comună a sistemelor endocrin, nervos şi imunitar. Acesta creează condiţia necesară pentru ca organismul să reacţioneze adecvat în situaţii de stres acut. Cu toate acestea, răspunsul la stres se va modifica pe termen lung dacă în această etapă extrem de sensibilă copiii sunt expuşi unor experienţe negative, cum ar fi

trauma sexuală şi violenţa.16

Gene rele, gene bune? Epigenetica, veriga lipsă

Genele din cromozomii celulelor noastre alcătuiesc programul necesar structurării şi funcţionării organismului nostru. Există diferite teorii cu privire la cauzele şi apariţia bolilor şi a proceselor de îmbătrânire. Potrivit uneia dintre ele, informaţia genetică stocată în ADN decide în mare măsură dacă, când şi de ce boli vom suferi. Mult timp s-a presupus că mutaţiile, adică modificările din structura ADN-ului celulei şi astfel a genomului, fac ca celula să nu-şi mai îndeplinească corect programul său iniţial. În felul acesta se poate ajunge la modificări patologice, care pot duce la degenerări maligne – inclusiv la dezvoltarea celulei canceroase. Mutaţiile apar fie întâmplător, fie ca urmare a influenţelor externe (de exemplu, din cauza substanţelor chimice toxice sau *a* radiaţiilor X). ADN-ul a fost deci considerat, multă vreme, a fi o structură chimică foarte stabilă.

Însă, potrivit celor mai noi descoperiri ştiinţifice, acesta este numai o jumătate de adevăr. Genomul nostru, adică totalitatea genelor din corpul nostru, nu este deloc rigid şi inflexibil. Deşi genele noastre rămân în mare parte aceleaşi toată viaţa, totuşi informaţiile extrase din ele sunt în mare măsură schimbătoare, maleabile şi adaptabile. Această descoperire este o adevărată revoluţie! în ea se află, probabil, şi cheia înţelegerii relaţiei dintre boala fizică şi trauma psihică. Prin intermediul mecanismului modificării epigenetice, 17 informaţia psihică (de exemplu, trauma psihică) poate aduce schimbări la nivelul materiei, adică poate influenţa organismul nostru biologic.

A doua veste bună este aceea că, prin intermediul relaţiei dintre corp şi minte, suntem capabili să determinăm anumite schimbări – astfel, sperăm să putem interveni asupra modului în care moştenirea noastră, experienţele noastre şi evenimentele individuale influenţează viaţa noastră personală şi pe cea a descendenţilor noştri. Nu suntem neapărat la mâna unui

destin rigid care ne-a fost hărăzit încă de la începutul vieţii de către părinţi (şi strămoşii lor) sub forma unui număr fix de cromozomi; la fel, nu suntem obligaţi să suportăm o viaţă întreagă efectele propriilor experienţe traumatice prin care am trecut. Deşi genele noastre au o structură fixă, informaţiile extrase din ele, aşa-numita „expresie genetică", sunt extrem de maleabile şi de schimbătoare. Prin termenul de „expresie genetică" se înţelege activarea sau dezactivarea genelor individuale la nivelul diferitelor tipuri de celule.

Această ramură tânără a ştiinţei care se ocupă de influenţa mediului asupra intrării în funcţiune a genelor poartă numele de epigenetică. Epigenetica se referă la tot ceea ce se adaugă „peste" genetică. Din punct de vedere biologic, prefixul „epi „înseamnă tot ceea ce „înfăşoară" genele. Acestea sunt structurile proteice şi alte substanţe chimice care pe de o parte protejează ADN-ul, iar pe de altă parte pot modifica informaţiile conţinute de acesta. Totalitatea structurilor epigenetice este denumită epigenom.

Ceea ce este uimitor este faptul că toate semnalele care ajung la creier şi la mintea noastră sau care sunt trimise dinspre ele pot influenţa în mod direct expresia genetică, adică pot regla (de exemplu, pot activa şi dezactiva complet) genele şi informaţiile conţinute în ele cu referire la corpul nostru. Tot ceea ce gândim, simţim sau facem are şi un impact asupra corpului!

Această aşa-numită moştenire genetică „maleabilă" (fapt cauzat de expresia genetică permanent schimbătoare) explică pentru prima dată la nivel biologico-fiziologic mecanismul moştenirii transgeneraţionale, despre care se presupune deja de mult că există. Astfel, informaţiile, trăsăturile sau tiparele comportamentale pot fi transmise de la o generaţie la alta, fără ca materialul genetic să fie nevoit să se modifice.

Aşa cum ADN-ul pe care îl conţin genele noastre serveşte ca mediu de stocare (colectiv) de mai multe

milioane de ani de evoluţie, şi epigenomul este depozitul tuturor modificărilor pe termen scurt care au loc în biologia noastră individuală şi în viaţa noastră particulară. În cazul acesta, experienţa noastră personală este codificată direct, fără a face ocoluri prin codul nostru genetic prescris în mod rigid.

De-a dreptul spectaculos este studiul psihiatrului şi specialistului în neuroştiinţe Rachel Yehuda, care, în urma unei cercetări realizate asupra supravieţuitorilor Holocaustului, a reuşit să demonstreze şi să explice mecanismul transmiterii experienţei traumatice la descendenţi pe calea biochimică a aşa-numitei metilări ADN.18

Metilările ADN-ului sunt nişte „etichetări" care permit genelor noastre să utilizeze în mod selectiv anumite regiuni din interiorul ADN-ului pentru diferite procese. Etichetarea ADN-ului poate fi considerată ca fiind asemănătoare formatării textului dintr-o carte: atunci când într-un dicţionar este evidenţiat un cuvânt-intrare, el are pentru cititor o altă semnificaţie decât cea a aceluiaşi cuvânt care e parte dintr-un text fluent. Diferitele modele de metilare şi gradul de metilare decid dacă şi în ce mod va fi citită informaţia unei gene.19 Acest proces al „expresiei genetice" decide, astfel, asupra manifestării şi eficienţei anumitor informaţii genetice. Prin intermediul modificării epigenetice, experienţele personale ale unui individ pot fi transmise descendenţilor săi. Şi, datorită existenţei epigenomului, genele noastre reacţionează şi la experienţe pe care le-au avut alţi oameni. Aşadar, nu există nici gene rele, nici gene bune. Dar manifestarea informaţiei genetice este extrem de variabilă. Şi aceasta, nu doar ca urmare a experienţelor strămoşilor noştri, ci mai ales datorită experienţelor noastre personale.

Într-un studiu realizat asupra soldaţilor traumatizaţi care au luptat în Afghanistan s-a demonstrat existenţa unei legături directe între traumă şi procesul de îmbătrânire. Experienţele individuale din zona de război nu doar că au

generat simptome psihice grave, d s-au manifestat şi la nivel celular, fapt evidenţiat de markerii biologici care indicau prezenţa unui proces de îmbătrânire fizică.20

Pe de o parte, suntem nişte fiinţe întrupate care avem un organism fiziologic extrem de complex. Pe de altă parte, avem psihicul nostru, care ne permite să gândim, să simţim şi să ne amintim. Cele două elemente se condiţionează şi se modelează reciproc. În acest moment putem spune, de asemenea, că, datorită variabilităţii epigenetice, se pare că şi celulele noastre, şi nu doar psihicul nostru, pot stoca amintiri.

Se pare că, odată cu modificarea epigenetică a funcţiei celulare prin intermediul unei expresii genetice diferite, am descoperit veriga lipsă, elementul de legătură, care până acum a lipsit, între psihic şi somatic, între emoţie şi corp. Acum devine clar de ce rănirea psihică, experienţa traumatică şi stările emoţionale dificile se pot manifesta la nivel fizic şi pot influenţa şi declanşa bolile organice.

Prin faptul că rănile psihice modifică (prin mecanismul de metilare, respectiv de demetilare) expresia genetică a numeroase gene implicate în metabolism, simt activate, de exemplu, şi acele molecule care perturbă echilibrul fin dintre substanţele oxidante şi cele antioxidante din organism, ceea ce duce la o creştere a stresului biochimic. Acest lucru poate fi măsurat şi evidenţiat în sânge cu ajutorul biomarkerilor. Astfel, o metaanaliză publicată în anul 2015 a evidenţiat existenta unei corelaţii semnificative între trauma petrecută în copilărie şi creşterea nivelului de substanţe-mesager proinflamatorii, ca semn al unei dereglări a sistemului imunitar la vârsta adultă.21 Stresul cronic, care este provocat, de exemplu, de îngrijirea copiilor bolnavi cronici, declanşează la mamele care îi îngrijesc pe aceşti copii modificări la nivelul celulelor, prin faptul că are loc o alterare a telomerilor din celulele imune, care, la rândul ei, declanşează un proces de îmbătrânire accelerată (Chopra

şi Tanzi, 2016).

Dacă stresul psihic cronic poate declanşa asemenea modificări, ne putem imagina cu uşurinţă ce se întâmplă atunci când experienţele traumatice îi afectează pe oameni, mai ales dacă, aşa cum se întâmplă la vârsta de sugar sau în copilărie, sistemele nervos, imunitar şi endocrin încă nu simt complet dezvoltate.

O cercetare realizată în anul 2004 a demonstrat faptul că puii de şobolan ale căror mame s-au ocupat intens de ei au avut ulterior mai mulţi receptori glucocorticoizi în hipocamp şi de aceea au avut un comportament mai puţin anxios şi mai puţin agresiv. Atitudinea diferită faţă de pui a condus la modificarea expresiei genetice, fapt ce a avut un impact asupra reglării stresului pe axa hipotalamo-hipofizo-suprarenală, care mai târziu a influenţat întreaga viaţă.22

Van der Kolk vorbeşte despre faptul că, după o experienţă traumatică, „organismul poartă cu el forţa traumei”.23 Dacă pornim de la ideea că numărul nedeclarat al persoanelor afectate de traume este mult mai mare decât ne comunică datele oficiale, atunci ne putem face o idee despre posibilele consecinţe ce stau ascunse. Potrivit unui studiu realizat în anul 2014 de către Agenţia pentru Drepturi Fundamentale Europene (FRA), peste 30% dintre femeile din Europa au devenit victime ale violenţei fizice şi/sau sexuale după vârsta de 15 ani.24

Pe de o parte, o experienţă traumatică este însoţită de o mare ruşine, iar pe de altă parte, şi teama de o nouă traumă joacă un rol important – iată motivele pentru care adesea victimele tac. Atunci când copiii, bebeluşii sau cei încă nenăscuţi devin victime, adesea aceşti indivizi nu au un acces conştient la această experienţă pe parcursul vieţii lor. Deşi amintirea este stocată în memoria implicită, ea nu poate fi accesată în mod deliberat. De aceea, persoanele afectate nici nu pot vorbi despre ea. Totuşi, aceste experienţe produc modificările epigenetice deja descrise, cu consecinţe grave pentru dezvoltarea mentală,

emoţională şi fizică ulterioară. Activarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale, declanşarea cercului vicios biochimic ca urmare a formării radicalilor liberi agresivi şi, ca o consecinţă, modificarea expresiei genetice conduc, în cele din urmă, la o modificare epigenetică şi, astfel, la apariţia dezechilibrelor fizice şi psihice, ajungându-se chiar la dezvoltarea unor boli vizibile şi grave.

Atunci când rănile psihice nu se pot face auzite în conştiinţa noastră, se pare că ele caută să se exprime prin simptome fizice, până când persoanele afectate le percep ca boală. Astfel, din perspectiva medicală ce predomină în prezent, ele devin observabile, diagnosticabile şi tratabile. Însă, dacă boala reflectă doar simptomul, iar cauza rămâne nedepistată, nici cele mai tenace intervenţii nu vor duce la o ameliorare de lungă durată şi la o vindecare profundă.

În funcţie de momentul în care se produce trauma în timpul maturizării şi dezvoltării creierului, simt implicate diferite zone neuronale şi fibre nervoase. Fibrele nervoase active sunt deosebit de susceptibile la o perturbare a creşterii lor normale. Ulterior, această situaţie are o mare importanţă pentru diferitele tipuri de simptomatologie. În special aşa-numitele reţele neuronale reglatoare sunt deosebit de predispuse la o integrare deficitară în creierul care se maturizează atunci când sunt afectate de o experienţă copleşitoare. Din ele fac parte cortexul prefrontal, hipocampul şi corpul calos (fasciculul de fibre nervoase care uneşte cele două emisfere ale creierului mare). Cortexul prefrontal contribuie în mod decisiv la formarea semnificaţiilor şi a emoţiilor şi conectează cele două segmente superioare ale creierului cu funcţiile sistemului limbic şi cu trunchiul cerebral. Aşadar, el are o funcţie integratoare esenţială. Putem accesa creierul nostru emoţional şi, astfel, conştiinţa noastră de sine, doar în urma activării cortexului median prefrontal.

Hipocampul are, printre altele, un rol important în ceea ce priveşte memoria, controlul funcţiei eului şi evaluarea emoţională. Iar corpul calos, prin faptul că

uneşte cele două jumătăţi ale creierului, permite schimbul de informaţii între emisfera stângă, care este mai degrabă liniară şi logică, şi emisfera dreaptă, care este mai degrabă holistică şi nonverbală. Cercetările au demonstrat faptul că experienţele traumatice reamintite activează de fapt jumătatea dreaptă a creierului şi o dezactivează pe cea stângă (van der Kolk, 2015). În emisfera dreaptă, care se dezvoltă în uterul mamei mai devreme decât cea stângă, sunt stocate atingerile, sunetele şi mirosurile, împreună cu emoţiile asociate cu aceste senzaţii. Acest lucru poate explica de ce persoanele traumatizate pot avea, pe baza experienţelor traumatice, nişte percepţii care declanşează retrăirea evenimentului sub formă de „flashbackuri”, fără a exista o amintire clar conturată la nivel mental. Putem să ne imaginăm cu uşurinţă ce consecinţe negative pe termen lung apar atunci când, în perioada de maturizare a creierului, au loc perturbări în aceste zone extrem de sensibile.

Joachim – bolnav cronic sau afectat de traumă?

Joachim a venit la consultaţie cu diagnosticul deja confirmat de borelioză. Borelioza, cunoscută şi sub numele de boala Lyme, este o boală infecţioasă cauzată de transmiterea bacteriei Borrelia burghorferi de către căpuşe sau alte insecte înţepătoare. La Joachim, debutul infecţiei avusese loc cu câţiva ani în urmă. Însă aceasta se cronicizase şi generase o serie de simptome fizice din cauza cărora el suferea foarte mult. Totodată, în urma unor investigaţii suplimentare, în organismul său au fost descoperite şi alte probleme, în special o intoxicaţie severă cu metale grele, cauzată probabil de plombele dentare cu amalgam pe care le avea de mai demult. Joachim avusese, însă, foarte multe probleme în copilărie. Tatăl său, un nazist autodeclarat, îl maltratase grav atât fizic, cât şi psihic. Mama lui nu l-a putut proteja şi, de-a lungul copilăriei sale, a făcut din el mai degrabă un ţap ispăşitor pentru propria sa poveste de viaţă dificilă.

Ceea ce a fost impresionant în această poveste a fost

faptul că boala Lyme s-a ameliorat puternic abia după ce Joachim a reuşit să-şi reducă drastic intoxicaţia cu metale grele cu ajutorul unei terapii de detoxifiere. Eliminarea acestor toxine din corpul său a început abia după ce am reuşit, lucrând intens cu metoda constelaţiilor, să scoatem la iveală, să analizăm şi să vindecăm treptat traumele sale psihice. Joachim a scăpat de durerile sale cronice, de coşmarurile sale, de anxietatea şi furia care au devenit tot mai reduse. Apoi el şi-a redescoperit creativitatea, bucuria de a compune şi de a scrie. Şi-a găsit pacea interioară şi, potrivit propriei sale afirmaţii, i-a dispărut angoasa de moarte.

Nu încape nicio îndoială că există boli care, cel puţin aparent, nu simt cauzate de traume psihice anterioare. Un accident rutier, o intoxicaţie, o expunere îndelungată la o substanţă toxică, de pildă la mercur, sau o infecţie apărută după muşcătura unei insecte şi transmiterea unui agent patogen – toate acestea pot avea loc indiferent de predispoziţia psihică. Însă ar trebui să renunţăm la atitudinea de tipul orizon, care este inutilă. Adesea nici nu putem decide cu adevărat ce-a fost mai întâi. Dacă corpul şi psihicul formează un sistem interdependent, atunci este logic ca părţile individuale să se poată sprijini reciproc, dar şi să se obstrucţioneze unul pe altul. Când organismul se află într-un context ce permite desfăşurarea unor procese metabolice optime, pregătim terenul pentru un travaliu interior eficient şi vindecător. Neurotransmiţătorii necesari pentru starea de bine a creierului nostru, cum ar fi de exemplu serotonina (hormonul fericirii), necesită, pentru producţia lor, o alimentare suficientă cu alte substanţe chimice (vitaminele B, vitamina C, magneziu, pentru a numi doar câteva). Nu în ultimul rând, un intestin sănătos împreună cu flora sa bacteriană, termen care desemnează numărul inimaginabil de mare de bacterii care îl populează, constituie baza pentru producţia de serotonină şi a altor substanţe-mesager importante. Peste 90% din cantitatea de serotonină este produsă la nivelul

intestinului (Enders, 2014).

Atunci când efectuăm un travaliu interior de vindecare a traumei, ne despovărăm şi ne eliberăm totodată corpul de blocajele emoţionale, care pot afecta serios buna sa funcţionare. Să amintim aici de activarea cronică a axelor stresului biologic, care duce la creşterea nivelului de cortizol din organism, ca urmare a existenţei unei anxietăţi permanente, nedeterminate, care a fost declanşată de o traumă anterioară.

Povestea lui Joachim ne demonstrează unde ajungem dacă privim doar o faţă a monedei. Medicului de obicei îi este suficient dacă descoperă o infecţie bacteriană cronică, un deficit de micronutrienţi şi o intoxicaţie cu substanţe toxice, pe care să le trateze în mod adecvat. Psihoterapeutul, la rândul său, este probabil mulţumit dacă scoate la iveală o traumă psihică gravă, urmând să-i trateze consecinţele. Însă în felul acesta am cădea pradă unui clivaj pe care ar trebui să-l eliminăm. Din perspectiva noastră, Joachim a fost atât traumatizat, cât şi bolnav. El a fost traumatizat ca urmare a experienţelor sale stresante din copilărie. Şi a fost bolnav din cauza unei borelioze cronicizate, a unei intoxicaţii cu metale grele dovedite şi a numeroaselor perturbări biochimice. S-ar putea ca experienţele de viaţă timpurii ale lui Joachim să fi produs o modificare în întregul său organism şi să fi creat, practic, o predispoziţie pentru alte tulburări aparent pur fiziologice.

Posibila consecinţă ar fi faptul că, prin mecanismul modificării expresiei genetice ca urmare a adaptării epigenetice, trauma să fi putut produce numeroase modificări moleculare, care au afectat răspunsul imunitar la infecţii, mecanismul natural de detoxifiere, reglarea metabolismului hormonal şi procesul de echilibrare a micronutrienţilor.

Multe dintre aceste chestiuni fundamentale încă nu şi-au găsit răspunsul în contextul ştiinţei medicale actuale şi necesită cercetări suplimentare şi analize exacte. Dar trebuie luată în considerare şi ipoteza după care „Omul

vede numai ceea ce ştie” Dacă noi înşine suntem clivaţi, dacă vrem să vedem doar cu un ochi, atunci o parte a realităţii ne scapă. Suntem nişte fiinţe întrupate, înzestrate cu o conştiinţă. Această realitate este în prezent luată tot mai mult în considerare de mai noua disciplină ştiinţifică a medicinei bazate pe relaţia minte-corp.

Energia vine din starea meditativă

Consecinţele unei experienţe traumatice persistă adesea toată viaţa şi afectează toate domeniile vieţii pentru persoanele afectate. Funcţionarea sistemului nervos este dereglată, sistemul endocrin şi cel hormonal se dezechilibrează, sistemul imunitar slăbeşte şi, ca urmare a modificării expresiei genetice, sunt sintetizate proteine disfuncţionale, care, în cel mai rău caz, activează aşa-numitele gene tumorale. Procesele neuronale sunt influenţate negativ atât la nivel funcţional, cât şi la nivel structural. Atât procesele emoţionale, cât şi cele mentale sunt perturbate. Interacţiunea dintre diferitele reţele neuronale îşi modifică ritmul. Amintirile legate de traumă sunt stocate în mod fragmentar în creier, în regiuni diferite, care uneori sunt foarte îndepărtate unele de altele. Drept urmare, capacitatea de reamintire a experienţelor traumatice este limitată sau chiar inexistentă.

Pe lângă psihoterapia traumei şi măsurile luate pentru susţinerea organismului, care au fost descrise mai sus, mai avem şi un alt instrument extrem de eficient pentru a ajuta însănătoşirea şi vindecarea. Concentrarea atenţiei asupra unui singur obiect, care la început este un obiect neutru, duce la calmarea activităţii sistemului nervos autonom. Sistemul nervos parasimpatic, cu fibrele sale nervoase responsabile de relaxare şi regenerare, se activează şi, totodată, excitaţia permanentă provocată de sistemul nervos simpatic se diminuează. Acest lucru se manifestă printr-o diminuare a eliberării hormonilor de stres acut (de exemplu, noradrenalina), printr-o îmbunătăţire a variabilităţii frecvenţei cardiace, dar şi

printr-o scădere a cantităţii de cortizol din sânge.

„Focalizarea” atenţiei duce la calmarea părţilor noastre supravieţuitoare extrem de active şi la reglarea sistemului nervos autonom, astfel încât nivelul său de excitaţie se reduce, în acest scop, metoda de reducere a stresului prin meditaţie sau mindfulness (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR), care a fost dezvoltată deja în urmă cu 30 de ani de specialistul în biologie moleculară Jon Kabat-Zinn (2013), este, din mai multe motive, utilă şi folositoare. Această metodă poate fi utilizată fără a avea o pregătire prealabilă în tehnicile spirituale. Tehnica meditativă, mindfulness, a fost între timp bine studiată din punct de vedere ştiinţific şi este considerată ca fiind eficientă. Mindfulnessul este utilizat tot mai mult şi în tratamentul traumei. Simpla concentrare asupra propriei respiraţii, asupra acestui generator al ritmului fiziologic al mai multor sisteme de organe supraordonate, poate stimula activarea sistemului nervos parasimpatic. O cercetare realizată în anul 2014 a demonstrat faptul că o singură meditaţie de opt ore pe tema modificării expresiei genetice a avut un efect antiinflamator şi analgezic – asociat cu o normalizare mai rapidă a nivelului de cortizol.25

Aşadar, avem în cazul acesta im instrument foarte eficient care poate interveni într-un mod armonios asupra circuitului biochimic puternic perturbat ca urmare a experienţelor de viaţă traumatice. Din alte cercetări ştim că exerciţiile de mindfulness sprijină stabilizarea hipocampului şi calmează amigdala.26 27 Chiar şi o exersare de opt săptămâni a meditaţiei antistres (MBSR) determină o creştere a densităţii materiei cenuşii în hipocamp, ce poate fi măsurată cu ajutorul tomografiei prin rezonanţă magnetică funcţională, precum şi o scădere a densităţii materiei cenuşii în amigdală. Acest lucru nu înseamnă nimic altceva decât că, prin meditaţia de tip mindfulness, în creier are loc, atât din punct de vedere funcţional, cât şi din punct de vedere structural, o

integrare a conţinuturilor conştiinţei, care până acum nu a fost posibilă. Datorită faptului că, în acest caz, declanşatorii semnalelor de alarmă din sistemul nostru limbic ajung să fie ceva mai puţin activi, iar hipocampul, care este responsabil cu memoria, este stimulat, conţinuturile memoriei, care până acum nu fost accesibile, pot pătrunde la nivelul conştient. În felul acesta ele pot fi elaborate treptat, iar încărcătura lor emoţională poate fi redusă pe termen lung.

Prin practica mindfulnessului putem învăţa să ne sporim pas cu pas gradul de toleranţă pentru experienţele mentale şi emoţionale care pot fi şi de natură traumatică. Focalizarea atenţiei asupra momentului prezent ne poate ajuta să nu cădem în vechile tipare, să nu ne lăsăm duşi din nou de valurile agitate ale experienţelor traumatice şi ale amintirilor lor, să nu ne lăsăm copleşiţi şi să nu ne clivăm ca urmare a impactului lor. Van der Kolk (2015) consideră exerciţiile de mindfulness ca fiind o componentă importantă a terapiei traumei, deoarece datorită lor se fortifică mai ales cortexul median prefrontal, pe care l-am prezentat deja ca fiind „turnul de control”.

Joachim Bauer (2015) consideră cortexul prefrontal ca fiind sediul sinelui. Prin urmare, consolidarea lui are consecinţe imediate asupra conştiinţei noastre de sine. Această conştientizare, această cunoaştere a sinelui este capabilă să unească toate componentele personalităţii şi să încurajeze cele mai diferite elemente care acţionează în interiorul nostru să-şi *9 9*

concentreze toate forţele şi resursele în direcţia integrităţii şi unităţii – acest aspect este esenţial în procesul vindecării. După cum s-a dovedit, tocmai meditaţia de tip mindfulness este capabilă să stabilizeze şi să fortifice acest factor principal de integrare care este cortexul prefrontal.

Mindfulnessul stimulează aşa-numita integrare pe verticală a percepţiei, a emoţiei şi a gândirii. Influxurile nervoase venite dinspre trunchiul cerebral (regiunea

noastră cerebrală cea mai veche din punct de vedere evolutiv care controlează reflexele de supravieţuire de tipul „luptă sau fugă”, dar şi starea de încremenire) pot fi modificate de către componentele mai „tinere” ale sistemului limbic, care pot genera trăiri afective, precum sentimentul de siguranţă şi de protecţie. În cele din urmă, acestea pot fi integrate de către neocortex, componenta cea mai nouă, din punct de vedere evolutiv, a creierului nostru, care poate face o reevaluare a evenimentului petrecut. Neocortextul ne permite să conştientizăm faptul că experienţa trăită aparţine trecutului. Totodată, poate avea loc şi o integrare pe orizontală, ca urmare a sincronizării celor două emisfere cerebrale, ce au caracteristici diferite, astfel încât conţinuturile mentale şi emoţionale stocate în ele să poată fi reunite într-o unitate inteligibilă şi accesibilă.

În acest context atragem din nou atenţia asupra funcţiei deosebite a hipocampului, care contribuie în mod decisiv la integrarea amintirilor. Dacă acest proces de integrare este perturbat, amintirile implicite nu mai pot fi conectate cu experienţele trăite. În cazul oamenilor traumatizaţi, acest lucru face ca, deşi avem de-a face cu o „poveste” trecută, care nu mai e actuală, emoţiile, senzaţiile fizice sau percepţiile legate de vechea traumă să fie resimţite ca fiind noi şi actuale, fapt ce poate duce la o retraumatizare.

Vindecarea traumei este posibilă numai atunci când oamenii simt în întreaga lor fiinţă că totul „a trecut” şi că ei se află acum în siguranţă. Nu este suficient ca cel traumatizat să poată relata, în plan mintal, propria poveste. Senzaţiile viscerale, adică senzaţiile aferente sistemului limbic, trebuie să dea semnalul că nu mai există niciun pericol de moarte, că nu mai există niciun motiv pentru a simţi frică, anxietate, disperare şi groază. Pentru aceasta este necesar ca sistemul sinelui – care este alcătuit din trunchiul cerebral şi din sistemul limbic – să aibă parte de consideraţia pe care o merită. Abordările terapeutice de

orientare pur cognitivă ignoră această legătură fundamentală.

Neuroştiinţa modernă confirmă faptul că, până la urmă, conştiinţa de sine şi percepţia de sine îşi au originea în corpul nostru (Damasio, 2000). Acest lucru înseamnă că nu trebuie să ne privim corpul ca pe o anexă deranjantă, ca pe un sistem dereglat de psihotraumă (şi care conduce apoi la boli cronice), ci mai degrabă ar trebui să ne plasăm corpul în centrul procesului terapeutic. El se află la sfârşitul unei lungi istorii de suferinţe create de experienţa traumatică şi constituie totodată începutul procesului de însănătoşire şi de vindecare.

Exerciţiile corporale şi elementele preluate din yoga ajută cortexul median prefrontal să observe şi să regleze senzaţiile corporale, fără a fi copleşit sau influenţat de ele, ca urmare a unei activări prea puternice a amigdalei. Acest control, denumit „reglare ascendentă”, de jos în sus, are scopul de a diminua surescitarea care predomină, întrucât în felul acesta este activată acea parte a sistemului nervos care este responsabilă de relaxare şi calmare, şi anume nervul vag.

În ceea ce priveşte partea anterioară (adică cea mielinizată) a sistemului nervos autonom, importanţa acesteia este dovedită de orientarea fibrelor nervoase. Aproximativ 80% dintre fibrele nervoase sunt aferente, adică merg dinspre corp şi intestine către creier, oferindu-i acestuia informaţii din părţile periferice ale corpului (Porges, 2001). Structura anatomică a sistemului nostru nervos demonstrează importanţa enormă a corpului şi a semnalelor sale. Nu trebuie să-l considerăm doar ca pe o victimă şi ca pe un organ bolnav, ci trebuie să-l implicăm în mod decisiv în procesul de vindecare.

Atunci când învăţăm să ne concentrăm atenţia (prin meditaţie), ne întărim mecanismele care ne ajută să procesăm şi să depăşim experienţele traumatice din punct de vedere psihoemoţional. Astfel vom putea să influenţăm în mod pozitiv procesele fiziologice şi biochimice.

Dezvoltarea practicilor de conştientizare corporală constituie elementul de legătură dintre lumea exterioară, care continuă să pară ameninţătoare, şi lumea interioară, care este închisă, izolată şi fragmentată. Oamenii traumatizaţi trebuie să înveţe să aibă din nou încredere în senzaţiile lor corporale. Numai atunci va putea avea loc o confruntare cu propriul trecut, fără ca ei să se expună riscului de a deveni victimele unei retraumatizări, ale unui colaps sau ale stării de încremenire.

Richard Schwartz (1997) este de părere că, în ciuda tuturor traumatizărilor, există în interiorul nostru un sine conştient, o esenţă nevătămată, care poate ajuta la reorganizarea şi vindecarea sistemului intern. Toate studiile recente privind includerea mindfulnessului în procesul terapeutic confirmă ipoteza lui Schwartz, inclusiv din punct de vedere neurobiologic.

Puterea mindfulnessului este deosebită în ceea ce priveşte compasiunea care apare odată cu ea. Numai atunci când suntem capabili să manifestăm un nivel minim de înţelegere, afecţiune şi bunăvoinţă faţă de părţile din interiorul nostru, vom putea păşi pe terenul dificil al rănilor şi cicatricilor noastre. Compasiunea faţă de noi înşine este elixirul vindecător al propriilor răni (Banzhaf, 2010). Asupra importanţei compasiunii atrage atenţia în mod insistent şi Luise Reddemann (2016). În plus, prezenţa conştientă (de tip mindfulness) permite apariţia unui sentiment de calm şi de răbdare în faţa progreselor adesea lente şi mici care pot avea loc în timpul procesului de vindecare.

Nu în ultimul rând este utilă şi atitudinea de acceptare care se dezvoltă în urma exerciţiilor regulate de mindfulness. În momentul acceptării a ceea ce s-a petrecut, starea de „luptă sau fugă” ia sfârşit – atunci recunoaştem inclusiv faptul că trauma aparţine trecutului şi că acum ne aflăm într-o poziţie sigură, înzestraţi cu resurse de care nu dispuneam la acea vreme. Această atitudine nu trebuie confundată cu reflexul de a face pe

mortul (cu starea de încremenire), care în momentul producerii traumei a fost inevitabilă. Acceptarea este o formă de autocompasiune supremă şi expresia unei înţelepciuni profunde, fiindcă ceea ce s-a întâmplat nu mai poate fi anulat. Orice împotrivire în faţa acestei realităţi duce la remobilizarea tuturor mecanismelor de apărare emoţionale, mentale, biochimice şi moleculare, care ulterior declanşează o retraumatizare psihică sau o cronicizare a simptomelor somatice.

Terapia traumei din perspectiva abordării integrative

Am văzut că experienţele traumatice de viaţă provoacă atât răni sufleteşti, cât şi modificări la nivel molecular şi biochimic, ducând astfel la apariţia unor procese metabolice disfuncţionale, care se manifestă la nivel fizic şi pot favoriza sau cauza anumite boli. Din această perspectivă, multe dintre simptomele fizice trebuie înţelese ca fiind consecinţe ale traumelor psihice. Dualismul „orizon", care continuă să fie valabil în practica ştiinţifică, este depăşit ca urmare a nivelului cunoaşterii noastre şi ar trebui să facă loc expresiei „atât... cât şi". Aşa cum am menţionat, există, bineînţeles, boli care nu simt cauzate de o traumă psihică anterioară. Cu toate acestea, multe lucruri sugerează faptul că traumele psihice pot explica unele simptome fizice care până în acel moment au fost considerate ca având cauze pur organice. Paradigma clasică este cea a unei relaţii monocauzale de tipul cauză-efect şi construită pe o bază pur pantofiziologică. Totuşi, disciplina psihosomatică, luată ca ramură a medicinei interne, recunoaşte că, pentru un număr limitat de boli, diagnosticele lor ar trebui să includă şi anumite cauze psihice. Termenul de „traumă psihică" nu a fost introdus până acum nici în această disciplină a psihosomaticii.

Întrucât procesele psihice necesită o bază materială, nu putem ignora organismul constituit din materie. Descoperirile făcute în domeniul biologiei moleculare, neurobiologiei şi epigenetidi fac trimitere la acest principiu al complementarităţii pe care l-am descris deja.

Creierul nostru, în calitate de centru de control al proceselor fiziologice, emoţionale şi mentale, are nevoie să fie alimentat cu substanţe chimice. Atât neurotransmiţătorii, cât şi căile nervoase au nevoie de macronutrienţi şi de micronutrienţi. Celulele nervoase pot funcţiona optim numai dacă simt alimentate cu nutrienţii corespunzători. Formarea de noi sinapse, acele puncte de contact care permit crearea unei legături între diferiţi axoni (extensiile celulelor nervoase), necesită iarăşi elemente materiale.

De ceva timp este cunoscut nu doar faptul că celulele noastre nervoase se modifică, ci şi faptul că se pot forma noi celule nervoase. Acest proces, denumit neurogeneză, oferă premisele necesare pentru a avea o bază materială a vindecării traumei.28 Se stabilesc noi interconexiuni şi iau naştere noi tipare neuronale, procese declanşate de experienţele mentale şi emoţionale modelate în cursul terapiei şi al procesului de vindecare. Noile experienţe de viaţă trăite atât în cadrul terapiei, cât şi în viaţa cotidiană duc la modificarea structurilor neuronale, ceea ce va permite mai departe schimbarea comportamentelor şi experienţelor mentale şi emoţionale. Aşadar, ar fi o mare greşeală să nu alimentăm organismul cu toate materiile prime şi cu toate substanţele care simt necesare pentru o funcţionare optimă. Dacă, bunăoară, creierului nostru îi lipsesc nutrienţii necesari, el nu va fi pe deplin capabil să realizeze performanţa extrem de dificilă de a integra o traumă.

Dacă, de exemplu, creierul nostru are nevoie, chiar şi în condiţii de viaţă „normale”, de o bună alimentare cu macro- şi micro-nutrienţi, ce se întâmplă în momentele dificile şi în perioadele de stres ridicat?

Ca urmare a situaţiilor de viaţă dificile, se întâmplă nu rareori ca bebeluşii nenăscuţi, sugarii şi copiii să fie alimentaţi insuficient cu micronutrienţii necesari pentru o funcţionare optimă a creierului. În acest context, psihiatrul Günter Seidler atrage atenţia, într-un interviu, asupra

faptului că, de fapt, creierele copiilor care trăiesc în zone de război precum Siria sunt afectate de malnutriţie încă dinainte de a se naşte.29

Un preţ important pe care îl plăteşte societatea noastră extrem de industrializată constă în producerea unei mari cantităţi de substanţe dăunătoare şi de toxine, care constituie nişte factori de stres suplimentari şi care pot perturba sau afecta grav atât maturizarea creierului, cât şi funcţionarea celulelor nervoase (Wilks, 2015). Oamenii traumatizaţi, indiferent de vârsta lor, au nevoie de o hrănite suficientă cu substanţe sănătoase şi nutritive, cu atât mai urgent cu cât trauma este mai gravă şi mai timpurie. Având în vedere obiceiurile alimentare constând în consumul de alimente de tip fast-food şi junk-food, scade aportul substanţelor vitale, cum ar fi zincul, seleniul, vitaminele B şi multe altele. De exemplu, piroluria (în engleză: *hemopyrrollactamuria* – HPU) se manifestă printr-o carenţă semnificativă de zinc şi de vitamina B_6. Consecinţa ei constă, printre altele, în perturbarea amintirii traumei. Potrivit experienţei noastre clinice, restabilirea nivelului de zinc şi al vitaminei B_6 poate îmbunătăţi premisele pentru o intervenţie psihoterapeutică de succes.

Alte tulburări metabolice, de exemplu o mutaţie a genei COMT (catecol-O-metiltransferază), împiedică procesul de reducere fiziologică a hormonilor de stres acut. Drept urmare, după o situaţie stresantă, sistemul nervos autonom se află încă mult timp într-o stare de alertă crescută. Acest răspuns la nivel metabolic necesită un consum ridicat de substanţe vitale şi predispune tot mai mult la apariţia unei stări de epuizare, respectiv a sindromului bumout. Au fost stabilite corelaţii între, pe de o parte, polimorfismul din gena COMT30 şi, pe de altă parte, trauma petrecută în copilărie (sau apariţia unei tulburări de stres posttraumatic ori a unei depresii).31

Aşadar o întrebare interesantă ar fi aceea dacă piroluria (HPU) menţionată mai sus sau polimorfismul din

gena COMT pot fi cauzate de o traumă. Acest lucru ar însemna că experienţele traumatice din copilărie declanşează la nivel fizic modificări metabolice care au efecte fiziologice pe tot parcursul vieţii. Numeroase cercetări au demonstrat faptul că un sistem biologic este cu atât mai sănătos cu cât activitatea sa celulară se desfăşoară într-un mod mai coerent.32 în context medical, vorbim despre „coerenţă" atunci când tensiunea arterială, bătăile inimii şi respiraţia simt sincronizate şi sunt în concordanţă unele cu altele. În contextul nostru, coerenţa ar putea însemna faptul că trupul şi mintea, materialul şi imaterialul formează o unitate, oferind astfel fundamentul pentru sănătatea şi starea de bine a unui om. Atunci când sistemele individuale ale unui întreg mai mare, aşa cum este organismul uman, nu comunică între ele, nu poate avea loc o funcţionare optimă.

O cercetare asupra nivelului BDNF (factorul neurotrofic derivat din creier) din sânge arată modul în care corelează experienţele traumatice, influenţele genetice prin polimorfisme şi efectele lor asupra structurii creierului.33 În cazul persoanelor purtătoare ale unei anumite expresii genetice a acestui factor, care este responsabil de protecţia şi dezvoltarea neuronilor, experienţele vătămătoare şi stresante petrecute în copilărie au condus la micşorarea ariilor cerebrale ale cortexului prefrontal.

Metalele grele, cum ar fi mercurul, care este una dintre cele mai toxice substanţe pentru fiinţele vii şi care constituie o componentă esenţială a amalgamului dentar, blochează enzimele, opresc procesele metabolice, stimulează stresul celular şi afectează producţia de energie din cadrul mitocondriilor, micile „uzine energetice" care se găsesc în fiecare celulă a organismului. Ca exemplu, să amintim o cercetare34 care sugerează existenţa unei legături între metalele grele toxice şi perturbarea din *locus coeruleus*, o regiune importantă din puntea trunchiului cerebral. Această zonă

este responsabilă de eliberarea noradrenalinei, care pregăteşte organismul pentru reacţia de „luptă sau fugă”, jucând astfel un rol important în ciclul reacţiei la stres. O perturbare care are loc în această regiune afectează în mod inevitabil reacţia la stres şi procesarea adecvată a acestuia.

Hipocampul, pe care l-am menţionat deja de mai multe ori şi care este foarte sensibil la stres şi poate fi, de asemenea, extrem de afectat de numeroasele toxine din mediul înconjurător, joacă un rol covârşitor în procesarea experienţelor traumatice. Dacă această zonă este anterior afectată de substanţele toxice din mediu, experienţele traumatice pot duce la o limitare funcţională, influenţând în mod negativ bunul mers al acestei regiuni a creierului. Astfel intervenţiile psihoterapeutice vor avea o eficacitate mai degrabă nesatisfăcătoare dacă structurile neuronale implicate în procesele de însănătoşire simt afectate sau chiar deteriorate din punct de vedere funcţional sau structural.

Hans-Ulrich Hill (2014) atrage atenţia în mod insistent asupra faptului că separarea între bolile psihice şi cele organice este învechită şi că, probabil, toate formele de demenţă au nişte factori cauzali comuni, care nu sunt doar de natură genetică, ci în mare parte îşi au originea în mediu. Dintre aceşti factori determinanţi fac parte stresul psihic şi stresul traumatic cronic, dar şi substanţele toxice din ambient, reacţiile alergice şi autoimune, precum şi infecţiile virale şi bacteriene cronice. Aceşti factori provoacă o inflamaţie la nivelul creierului, care poate duce la un proces degenerativ progresiv. Probabil că interacţiunea acestor diferiţi factori oferă şi o explicaţie pentru creşterea numărului de boli degenerative, în special a bolii Alzheimer. În activitatea noastră clinică legată de terapia traumei psihice orientate către identitate, observăm nu rareori faptul că un clivaj psihic este atât de profund, încât persoanele afectate preferă să uite totul decât să se confrunte încă odată cu trecutul

traumatic extrem de dureros. Totodată creşte permanent nivelul de contaminare cu o multitudine de substanţe toxice din mediu. Această alianţă nocivă între stresorii psihici şi cei fizici duce, în cele din urmă, prin intermediul mecanismelor descrise mai sus, la tulburările pe care le numim „boală” şi care afectează mai ales sistemul nervos central, care este foarte sensibil la stres, dar şi creierul.

Pentru a recunoaşte şi a schimba acest lucru, este nevoie în primul rând de un proces de conştientizare, care poate fi stimulat de o înţelegere şi o percepţie bazate pe mindfulness. Însă acest lucru înseamnă, pentru fiecare dintre noi, să recunoaştem propriul nostru clivaj şi perspectiva noastră limitată şi parţială asupra lumii, iar apoi să fim dispuşi să o schimbăm treptat. Cu cât condiţiile pentru a efectua un travaliu interior sunt îndeplinite mai devreme şi mai deplin, cu atât mai profunde vor fi efectele acestui proces şi la exterior. Exteriorul şi interiorul nu simt nişte zone independente unele de altele. Ele sunt legate intrinsec şi trebuie să-şi arate o apreciere şi o consideraţie reciproce, pentru a acţiona împreună într-un mod coerent. În felul acesta, ele creează baza pentru ceea ce noi numim integrare, deci pentru însănătoşirea şi vindecarea trupului, a psihicului şi a spiritului.

Recunoaşterea bolilor fizice în calitate de consecinţe ale traumelor psihice echivalează cu o schimbare de paradigmă în medicină. Din punct de vedere medical, este esenţial să se ia în considerare trauma psihică şi diferitele ei forme de manifestare dacă dorim să găsim cauzele simptomelor bolii. Nu rareori experienţele traumatice încep, atât pentru nou-născuţi, cât şi pentru mamele lor, chiar în timpul naşterii. Acest fenomen, rar discutat în public şi uneori declanşat chiar de presupusele măsuri de rutină ale obstetricii moderne, precum operaţia cezariană, epiziotomia sau inducerea travaliului, poate constitui începutul unei traume care va avea consecinţe pe toată viaţa (Ruppert, 2014, Mundlos, 2015).

A avea o experienţă traumatică înseamnă a avea

parte de un stres traumatic, adică toxic. Stresul traumatic poate genera stresul celular. La rândul său, stresul celular declanşează, printr-o modificare a expresiei genetice, o serie de modificări epigenetice, pregătind terenul pentru o multitudine de procese metabolice disfuncţionale, care, de-a lungul timpului, în funcţie de gravitatea şi intensitatea traumei, conduc la boli cronice. Iniţial este vizibilă întotdeauna veriga cea mai slabă a lanţului. Dar nu este deloc util să ne agăţăm de diagnosticele individuale sau să ne orientăm după simptome, deoarece bolile cardiovasculare, tulburările reumatice, bolile autoimune sau afecţiunile canceroase pot constitui oarecum, la nivel fizic, faza finala a unei îndelungate evoluţii patologice şi a unor modificări disfuncţionale, care au ca punct de plecare un loc foarte ascuns, şi anume trauma psihică. De aceea, uneori este necesar să ne întoarcem la începutul lanţului, dacă ne interesează o însănătoşire şi o vindecare durabile. Orice altceva este adesea doar o reprimare a simptomelor sau o amânare a manifestării lor. Bineînţeles că este necesar să se ia în considerare şi să se trateze toţi factorii care însoţesc, întăresc sau contribuie la declanşarea bolilor. Această abordare merită să fie denumită şi terapie „integrativă”.

Pentru terapeuţi acest lucru ar însemna să trateze atât corpul, cât şi psihicul. În timpul formării lor profesionale, care durează şase ani, studenţii de la medicină nu învaţă, în prezent, aproape nimic despre trauma psihică, iar psihoterapeuţii au adesea foarte puţine cunoştinţe despre organismul uman în materialitatea lui. Fiecare grup lasă unul în seama altuia celălalt aspect.

Atunci când oamenii acuză simptome psihice şi primesc un diagnostic medical pur somatic, de obicei vor înţelege imediat că, pentru ei, este util să menţioneze mai întâi simptomele fizice, pentru a fi cât de cât ascultaţi. Pe de altă parte, din experienţa mea clinică îndelungată de medic practicant, se întâmplă nu rareori ca simptomele fizice inexplicabile, care nu se încadrează într-o schemă de

manual, să fie clasificate în mod pripit ca având cauze psihosomatice şi să se recomande doar o psihoterapie. Însă, în situaţiile acestea, cauzele specifice traumei sunt adesea ignorate. Deşi intervenţiile terapeutice comportamentale fac posibilă uneori reducerea simptomelor, totuşi o vindecare profundă nu poate avea loc, deoarece cauzele rămân ascunse.

Din ceea ce s-a spus până acum devine evident faptul că însuşi corpul nostru poate fi grav afectat de experienţele traumatice de natură psihică, acestea generând în cele din urmă numeroase boli. Pe de altă parte, însă, acest corp reprezintă veriga intermediară în ceea ce priveşte vindecarea traumelor. Acest lucru se întâmplă mai ales prin intermediul senzaţiilor corporale deja menţionate, pe care le simţim în viscerele noastre, în inimă sau în ceafă. Acolo sunt stocate, la nivel fizic, poveştile trăite, alături de experienţele inexprimabile. Şi acolo avem posibilitatea de a restabili legătura dintre evenimentele clivate şi consecinţele lor fatale, pe care le resimţim în întreaga noastră fiinţă. Putem să ne liniştim abia atunci când aceste senzaţii corporale ne semnalizează faptul că suntem în siguranţă şi că nu mai există niciun pericol. Tocmai pentru că suntem nişte fiinţe întrupate, este esenţial ca, dintr-un punct de vedere holistic, să includem corpul, ca organ care simte şi cunoaşte, în orice formă de terapie sau de intervenţie.

Experienţele din copilărie pe care le trăim ca fiinţe individuale se petrec la un nivel fizic, senzorial (Janov, 2011). În multe psihoterapii, atingerea fizică este considerată un tabu, mai ales când este vorba despre tratamentele realizate în urma unor experienţe traumatice de natură sexuală. Dar noi credem că tocmai printr-o abordare a corpului într-o manieră grijulie, ajustată individual şi care oferă siguranţă, poate fi creat sau reluat un tip de contact fizic care a fost întrerupt sau redus o perioadă lungă de timp. Prin intermediul atingerii, conştientizăm nu doar faptul că avem un corp, ci şi că

suntem întrupaţi, iar organismul nostru are propriile sale nevoi vitale. Şi, din propria mea experienţă clinică de chiropractician, pot confirma faptul că mulţi pacienţi au de-a dreptul o dorinţă arzătoare de a trăi contactul şi atingerea la nivel fizic. Această constatare este cu atât mai importantă, întrucât în activitatea noastră medicală modernă şi înalt tehnicizată se întâmplă tot mai rar ca medicul să atingă cu adevărat pacientul. Unul dintre foştii mei profesori de la Facultatea de Medicină ne spunea în glumă nouă, medicilor rezidenţi, atunci când era vorba despre stabilirea unui diagnostic: „… apoi mergeţi până la extrem şi examinaţi-l, în sfârşit, pe pacient…”

Terapiile corporale bazate pe mindfulness pot contribui la conştientizarea energiilor emoţionale reprimate şi blocate ca urmare a experienţelor traumatice, precum şi la familiarizarea cu aceste energii, cu scopul de a le elibera în cele din urmă şi, în cel mai bun caz, de a le risipi. Potrivit lui Peter Levine (2010), consecinţele traumelor, cu multiplele lor simptome, apar şi ca urmare a acestor energii reprimate şi incomplet disipate. El vorbeşte despre faptul că trauma este „stocată” în sistemul nervos.

Telomerii au o influenţă decisivă asupra sănătăţii şi longevităţii. Am aflat că aceştia pot fi deterioraţi pe termen lung ca urmare a experienţelor traumatice de viaţă. Însă, numeroase descoperiri ştiinţifice35 36 – 37 38 demonstrează şi faptul că aceşti factori protectori importanţi pot fi influenţaţi pozitiv de activitatea fizică, de o anumită formă de alimentaţie şi de meditaţia de tip mindfulness (Chopra şi Tanzi, 2016).

La nivel practic acest lucru înseamnă că pacienţilor cu care lucrăm trebuie să le ridicăm statutul nutriţional la un nivel corespunzător şi să le înlocuim în mod sistematic nutrienţii în funcţie de rezultatele analizelor lor. Totodată, dacă screeningul indică posibila prezenţă a unor toxine în organism, acestea vor trebui să fie ulterior eliminate. În acelaşi timp, îi încurajăm pe pacienţi să aibă o activitate

fizică regulată şi le oferim explicaţii cu privire la adoptarea unei alimentaţii care să sprijine procesele de regenerare şi de vindecare atât din punct de vedere fiziologic, cât şi din punct de vedere psihic.

Ca un aspect esenţial, după efectuarea anamnezei, îi ajutăm pe pacienţi să-şi conştientizeze şi să-şi proceseze simptomele şi cauzele subiacente, realizând constelaţii ale propoziţiei ce exprimă intenţia, deci lucrând cu metoda constelării intenţiei. Pe baza constelaţiilor, îi încurajăm pe pacienţi să aibă o atitudine conştientă, binevoitoare şi plină de compasiune faţă de ei înşişi şi faţă de situaţia lor, oferindu-le indicaţii cu privire la exerciţiile de mindfulness. Din experienţa noastră, acest lucru duce la întărirea motivaţiei şi a capacităţii de a se confrunta cu propriile lor traume. Pentru aceasta am dezvoltat un program pe care noi îl denumim *Conceptul celor 4 C* (Banzhaf şi Schmidt, 2014). În acest context, cei 4 „C" vin de la Completare (a deficitului de nutrienţi sănătoşi), Curăţare (de toxine), Constelare şi Conştientizare" (mindfulness).

În concluzie, putem afirma că o traumă psihică prejudiciază relaţia dintre corp şi minte, care este necesară pentru bunăstarea fizică şi psihică şi pentru o dezvoltare sănătoasă. Ca urmare a experienţei trăite, creierul şi corpul sunt inundate cu hormoni de stres. În felul acesta un eveniment care iniţial s-a petrecut la nivel psihic s-a „materializat". Acest lucru are, la rândul său, consecinţe masive pentru biochimia şi neurobiologia întregului organism, pentru corp, creier şi psihic. Prin iniţierea unui cerc vicios biochimic, acest stres toxic modifică, la nivel epigenetic, prin influenţarea expresiei genetice, numeroase procese metabolice, atrăgând după sine modificări funcţionale şi structurale importante. Acest lucru duce la apariţia a numeroase simptome fizice şi psihice. Practic, toate regiunile corpului, toate organele sau sistemele de organe pot fi afectate. Ele sunt, de fapt, doar reprezentantele unui lucru care este mai profund, care este clivat sau refulat: trauma.

Terapia traumei psihice orientată către identitate poate reconecta eul deteriorat ca urmare a traumei cu părţile sale fragmentate, restabilind astfel relaţia dintre corp şi psihic. În cazul acesta, organismul nu mai trebuie să producă semnale pe care noi le numim „boală”, pentru a atrage atenţia asupra suferinţei sale. Expresia genetică modificată în urma unei traume devine modulabilă, circuitele de reglare biochimică şi neurobiologică perturbate pot fi reechilibrate, iar predispoziţia la a dezvolta infecţii cronice poate fi redusă. Relaţia dezechilibrată dintre surescitare şi relaxare poate fi reechilibrată.

Procesul terapeutic poate aduce modificări moleculare şi structurale chiar şi la nivelul creierului. Despre cât de maleabil este creierul nostru şi despre cât de mult ne putem schimba noi înşine vorbeşte experimentul lui Nader.39 El a demonstrat faptul că, de fiecare dată când amintirile sunt reactualizate, ele sunt recontextualizate, deci sunt modificate. Jonah Lehrer adaugă următorul lucru: „De fiecare dată când reflectăm asupra trecutului, transformăm într-un mod subtil reprezentarea lui chiar la nivelul celulelor nervoase din creier, modificând câte ceva din circuitul neuronal care stă la baza memoriei”. 40 Acest lucru nu înseamnă nimic altceva decât că putem să ne remodelăm şi să ne recreăm realitatea prin modul nostru de a privi şi de a observa lucrurile, prin intermediul percepţiei noastre emoţionale şi al evaluării cognitive, precum şi prin integrarea senzaţiilor noastre corporale.

Recunoaşterea de către medicină a traumei psihice ca fiind ceea ce este, şi anume o perturbare masivă a integrităţii psihicului şi corpului, echivalează cu o schimbare de paradigmă. Căci, în acest caz, ar trebui să recunoaştem faptul că, deşi tratarea simptomelor poate salva uneori viaţa, totuşi o terapie cauzală ar avea efecte mult mai durabile, ar fi mai sănătoasă şi, nu în ultimul rând, ar fi mai rentabilă. Acest lucru ar avea consecinţe

vaste, atât în medicină, cât şi în psihoterapie, atât pentru diagnosticare, cât şi pentru intervenţiile terapeutice. În primul rând, ar însemna un pas mare şi important în direcţia integrării şi vindecării tuturor persoanelor afectate.

Bibliografie

Banzhaf, H. (2010): „Achtsamkeit und Mitgefühl in der Therapie”, în: *Deutsche Heilpraktiker Zeitschrift*, nr. 1, pp. 64 – 67

Banzhaf, H. & Schmidt, S. (2015). *Meditieren heilt*. Freiburg: Kreuz

Bauer, J. (2015): *Selbsisteuerung*. München: Blessing

Chopra, D. & Tanzi, R.E. (2016): *Supergenele*. Bucureşti: Lifestyle Publishing

Damasio, A.R. (2000): *Ich fühle, also bin Ich*. Berlin: List

Enders, G. (2014): *Darm mit Charme*. Berlin: Ullstein

Hill, H.-U. (2014): *Umweltschadstoffe und Neurodegenerative Erkrankungen des Gehims*. Aachen: Shaker

Janov, A. (2011): *Vorgeburtliches Bewusstsein*. München: Scorpio

Kabat-Zinn, J. (2013): *Gesund durch Meditation*. München: Knaur

Levine, P.A. (2010): *Sprache ohne Worte*. München: Kösel

Levine, P.A. (2016): *Trauma und Gedächtnis*. München: Kösel

Lipton, B.H. (2005): *The Biology of Belief*. San Rafael/CA: Mountain of Love Productions, Inc. and Elite Books

Maté, G. (2003): *When the Body Says NO*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

McLean, P. (1990): *The Triune Brain în Evolution*. Heidelberg: Springer Science & Business Media

Mundlos, C. (2015): *Gewalt unter der Geburt*. Marburg: Tectum

Pall, M.L. (2007): *Explaining Unexplained Illnesses*. Binghamton, NY: Harrington Park Press

Porges, S.W. (2001): „The Polyvagal Theory: Phylogenetic substrates of a social nervous sistem", în: *International Journal of Psychophysiology*, nr. 42, pp. 123 – 146

Reddemann, L. (2016): *Mitgefühl, Trauma und Achtsamkeit* în *psychodynamischen Therapien*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Ruppert, F. (ed.) (2014): *Frühes Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta

Schwartz, R.C. (1997): *Sistemische Therapie mit der inneren Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta

Siegel, D. (2015): *Handbuch der Interpersonellen Neurobiologie*. Freiburg: Arbor

Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2010): *Embodiment*. Bem: Hans Huber

Van der Kolk, B. (2015): *Verkörperter Schrecken*. Lichtenau: G.P. Probst

Walach, H., Wittmann, M. & Schmidt, S. (2017): „Neurobiologische Grundlagen der Osteopathie", în: J. Mayer & C. Standen (ed.): *Lehrbuch Osteopathische Medizin*. München: Elsevier

Wilks, J. (2015): *Choices în Pregnancy and Childbirth*. London: Singing Dragon

Dr. med. Harald Banzhaf este directorul medical al Centrului Terapeutic din Bisingen (regiunea Zollernalb), unde are propriul său cabinet de medicină integrativă, şi lector la Universitatea din Tübingen. Este specialist în terapia traumei psihice orientată către identitate, pe care a dezvoltat-o prof. dr. Ruppert şi lucrează în calitate de trainer de mindfulness şi de profesor autorizat MBSR.

www.heilkundezentrum-zollemalb.de

DAGMAR STRAUSS

Inima mea, iubirea mea, trauma mea

Inima noastră este un organ central

Despre niciun alt organ al corpului nostru nu au

inventat oamenii, de sute de ani, atâtea expresii câte au plăsmuit despre inimă. În limbajul uzual folosim zilnic expresii precum: „A iubi din toată inima”, „Mi-a frânt inima”, „M-am ataşat de el din toată inima”, „îmi saltă inima de bucurie”, „Mi-am pus inima pe tavă” etc. Inima noastră este considerată în aproape toate culturile ca fiind sediul iubirii noastre şi centrul forţei noastre vitale. Inima reacţionează imediat la orice excitaţie emoţională. Oamenii simt dragostea în inimă, nu în creier. Ceea ce „ne merge la inimă”, „ceea ce punem la inimă” şi ceea ce „ne loveşte direct în inimă” ne atinge în centrul fiinţei noastre.

Inima este organul central în ceea ce priveşte capacitatea noastră umană de exprimare şi în ceea ce priveşte dorinţele noastre de a stabili relaţii şi de a ne ataşa de cineva. Ea exprimă nevoia noastră de apropiere umană şi de iubire. „Inima este organul central al confruntării emoţionale a omului cu sine însuşi şi cu mediul său înconjurător”. (Peters, 2014, p. 37) Atunci când suntem în apropierea unei persoane iubite, inima noastră începe să bată „mai tare” Când suntem în contact cu o persoană protectoare, ne putem relaxa. Ne liniştim, deoarece ne simţim acceptaţi, în siguranţă şi ocrotiţi. „Ne deschidem inima” şi un sentiment plăcut ne străbate întregul corp. Însă nu doar sentimentele de iubire influenţează activitatea inimii noastre. Şi indignarea, furia şi teama modifică bătăile inimii noastre. Un client care avea „tulburări de ritm cardiac” a sintetizat senzaţiile legate de inima sa în următoarea propoziţie: „Inima mea este centrul eului meu conştient”.

Inima noastră este, încă de la începutul vieţii noastre şi până la sfârşitul ei, forţa motrice a organismului. Ea este organul care începe să bată în pântecele mamei încă din cea de-a treia săptămână a dezvoltării noastre embrionare. După cea de-a cincea săptămână a dezvoltării embrionare, când mâinile şi braţele noastre încep să crească pe părţile laterale ale inimii, ele continuă să se dezvolte în jurul inimii până când degetele se ating.

Anatomia şi fiziologia inimii

Inima noastră este un organ gol de mărimea unui pumn. Ea cântăreşte între 300 şi 500 de grame şi este situată, într-o poziţie uşor înclinată, în partea stângă a pieptului. La oamenii adulţi ea bate în stare de repaus între 60 şi 80 de ori pe minut, adică, aproximativ de 4.000 de ori pe oră şi de trei miliarde de ori în timpul vieţii unui om care ajunge la 70 de ani. Omul are, în funcţie de greutatea şi dimensiunea lui, peste cinci până la şase litri de sânge. Inima pompează această cantitate de sânge în întregul organism de aproximativ 1 200 de ori pe zi.

Inima are două atrii şi două ventricule, care sunt separate printr-un perete despărţitor. Ea este conectată, printr-o reţea vasculară densă, cu fiecare celulă, până la ultimul ungher al organismului nostru şi asigură alimentarea tuturor celulelor cu oxigen, nutrienţi, hormoni şi informaţii. Chiar şi creierul este dependent de inimă, căci el nu ar putea funcţiona dacă nu ar fi alimentat cu sânge în fiecare secundă. Astfel inima alimentează cu sânge nu doar întregul organism, ci şi pe ea însăşi, prin intermediul vaselor coronariene. Imediat după ce aorta părăseşte ventriculul stâng, arterele coronare se ramifică, alimentând propriul muşchi: miocardul.

Mişcările miocardului nu sunt controlate de creier. Aşa-numitul nod sinusal, un mic nod format din celule nervoase, are rolul de a genera impulsuri ale inimii, motiv pentru care este denumit şi stimulator cardiac. El îşi are sediul pe peretele atriului drept. Celulele sale generează impulsuri electrice, care sunt transmise în întregul organ, făcând inima să bată. Fiind centrul întregului organism, el funcţionează în concordanţă cu stimulii pe care îi primeşte de la creier şi, prin intermediul sângelui, de la periferie şi din interiorul corpului.

Variabilitatea frecvenţei cardiace în domeniul cercetării inimii, în ultimii ani au fost făcute descoperiri revoluţionare cu privire la funcţiile şi capacităţile inimii noastre. Cercetătorii de la Institutul Heart Math din

California au descoperit faptul că există un impact direct al emoţiilor noastre asupra ritmului cardiac.41 O inimă sănătoasă nu bate niciodată ca un soldat care merge în cadenţă, ci oscilează în jurul unei valori medii individuale. Când îţi simţi pulsul la încheietura mâinii ai impresia că el este perfect regulat. Când este măsurat cu metode de măsurate mai precise, se poate constata că intervalele dintre bătăile inimii au lungimi diferite. În ceea ce priveşte fazele de odihnă (diastole), durata acestor pauze dintre două bătăi ale inimii variază mult în funcţie de starea organismului. O inimă care bate într-un ritm perfect constant este „încremenită" şi nu se mai poate adapta la condiţiile din mediul său interior şi din mediul înconjurător. Acesta este un indiciu al unei boli grave. Cu cât mişcările inimii sunt mai flexibile, cu atât omul este mai sănătos.

Pentru a determina frecvenţa cardiacă individuală se măsoară intervalele dintre fiecare bătaie a inimii. Acest lucru este denumit *variabilitatea frecvenţei cardiace*. Ea desemnează capacitatea unui om de a-şi modifica permanent ritmul său cardiac. Este de dorit ca intervalul de timp dintre două bătăi ale inimii să varieze, întrucât acest lucru asigură o bună capacitate de adaptare la influenţele din mediu. O variabilitate ritmică a frecvenţei cardiace este un indicator al unei stări emoţionale pozitive. O variabilitate neregulată a frecvenţei cardiace apare atunci când suntem stăpâniţi de emoţii „negative" precum furia, mânia, frica şi frustrarea. O frecvenţă cardiacă sincronizată apare atunci când trăim sentimente pozitive de afecţiune, compasiune, recunoştinţă şi bucurie.

O influenţă importantă asupra inimii o are şi respiraţia. Vârful inimii se sprijină pe diafragmă. În timp ce plămânii ridică şi coboară toracele, inima bate şi ea în acelaşi ritm. Inspiraţia accelerează pulsul, în timp expiraţia îl încetineşte. O clientă a avut odată o imagine interioară în care a văzut că „inima ei se mişca în sus şi în jos, ca o barcă purtată de valurile blânde ale respiraţiei".

Creierul inimii şi câmpul electromagnetic în ultimii ani, specialiştii în neuroştiinţe au descoperit faptul că inima noastră are un sistem nervos propriu, ce conţine peste 40.000 de celule nervoase. Întrucât aceste celule nervoase nu doar primesc informaţii din interiorul corpului, ci le procesează la fel ca un creier şi le transmit mai departe creierului propriu-zis şi organismului, se poate vorbi despre existenţa unui „creier al inimii" (Peters, 2014, p. 24). Informaţiile „creierului inimii" sunt transmise tocmai acelor zone ale creierului care procesează emoţiile. Creierul inimii noastre este capabil să simtă, să-şi amintească, să înveţe şi să ia decizii. El ne influenţează percepţiile, sentimentele, gândurile şi, în cele din urmă, acţiunile.

Cercetătorii de la Institutul Heart Math au constatat, cu ajutorul măsurătorilor, că inima noastră generează un câmp electromagnetic pulsatoriu, ale cărui unde transmit informaţiile la distanţe mari. Prin urmare, la nivelul inimii poate avea loc un schimb de informaţii între două persoane. Oamenii de ştiinţă au tras concluzia că sistemul nostru nervos are, la fel ca o „antenă", capacitatea de a primi informaţiile care sunt transmise în mod inconştient de către o altă persoană. Câmpul electric al inimii este de 60 de ori mai puternic decât cel al creierului, iar componenta magnetică a acestui câmp este chiar de 5.000 de ori mai puternică decât cea a creierului. El poate fi măsurat şi la câţiva metri distanţă de corp. Potrivit cercetătorilor, compasiunea este emoţia care are cel mai mare impact asupra mediului. Undele electromagnetice ale inimii, care conţin informaţii şi care sunt generate de o persoană, pot fi depistate la nivelul undelor cerebrale ale altei persoane (Peters, 2014). Aşadar, prin intermediul activităţilor cardiace furnizăm permanent informaţii mediului nostru şi primim informaţii de la alte persoane – chiar dacă acest lucru se petrece în mare parte în mod inconştient.

Peters (2014) descrie un experiment, în care, în anul

1989, unui veteran, supravieţuitor al atacului de la Pearl Harbor, i-au fost recoltate globule albe din mucoasa bucală, care au fost depozitate într-o soluţie nutritivă şi au fost transportate într-un loc foarte îndepărtat Apoi veteranul a fost pus să vizioneze un film cu atacul aerian al japonezilor asupra bazei militare de la Pearl Harbor. În timp ce viziona filmul a fost măsurată activitatea electromagnetică atât a corpului său, cât şi a celulelor recoltate. Subiectul a reacţionat puternic din punct de vedere fizic la atacul aerian traumatizant. Celulele sale, care fuseseră transportate în locul foarte îndepărtat, au manifestat aceeaşi reacţie precum corpul din care au fost recoltate. Toate acestea s-au petrecut în lipsa unor decalaje temporale măsurabile. Într-un alt experiment, celulele au fost chiar izolate într-o cuşcă Faraday – şi în cazul acesta a apărut acelaşi efect. Celulele au reacţionat ca şi cum se aflau încă în organism. Într-un alt experiment acest rezultat a putut fi confirmat. Chiar şi ADN-ul extras din celule a reacţionat în acelaşi timp, la o distanţă de peste 500 de kilometri, la simptomele de stres induse artificial subiectului. În cazul acestui experiment, pentru efectuarea unei măsurări precise s-au folosit ceasuri atomice, care au monitorizat desfăşurarea lui din punct de vedere temporal. (Peters, 2014, p. 81)

Inima şi sistemul nervos vegetativ

Inima noastră este influenţată nu doar de nodul sinusal, ci şi de sistemul nervos vegetativ (autonom). Deşi nodul sinusal generează impulsuri chiar şi fără intervenţia sistemului nervos vegetativ, totuşi, pentru ca activitatea inimii să se adapteze la nevoile schimbătoare ale organismului, el are nevoie să fie influenţat şi impulsionat de către acesta. Sistemul nervos vegetativ este responsabil de toate funcţiile care se desfăşoară în mod involuntar în organismul nostru. Activitatea lui este reglementată de două sisteme nervoase importante: sistemul nervos simpatic şi sistemul nervos parasimpatic. Tensiunea şi stresul activează sistemul nervos simpatic, în timp ce

odihna şi relaxarea activează sistemul nervos parasimpatic. Interacţiunea lor creează un echilibru dinamic în organismul nostru. Informaţiile provenite din ambele componente ale sistemului nervos vegetativ trec prin măduva spinării şi sunt conduse de fibrele nervoase de la organe la creier, şi invers. Sistemul nervos simpatic creşte activitatea cardiacă, în timp ce sistemul nervos parasimpatic calmează inima. Sistemul nervos parasimpatic este asociat cu recreerea, odihna şi regenerarea, cu frecvenţa cardiacă redusă, cu relaţiile interpersonale şi cu iubirea. Dacă un om este afectat de stres, activitatea nervului vag anterior se reduce, iar el nu mai este capabil să construiască im ataşament sau o relaţie.

Teoria polivagală a lui Stephen Porges

Pentru a dobândi o înţelegere mai profundă asupra funcţiilor cardiace şi asupra dezvoltării „bolilor de inimă”, trebuie să examinăm mai îndeaproape latura parasimpatică a reglării neuronale a inimii. Stephen Porges (2010) a descoperit, în urmă cu 20 de ani, faptul că, la mamifere, sistemul nervos parasimpatic este împărţit în două. Pentru funcţionarea lui, omul şi toate mamiferele (dar nu şi reptilele) dispun de trei circuite nervoase autonome, care sunt încorporate în întregul sistem nervos. Din punct de vedere evolutiv ele s-au dezvoltat succesiv şi se clădesc reciproc. Sistemul nervos parasimpatic este reprezentat în principal de nervul vag, care se divide într-un fascicul nervos anterior şi unul posterior. Partea anterioară (ventrală) a nervului vag influenţează în special activitatea inimii şi a plămânilor. Potrivit lui Porges, această parte anterioară a nervului vag este responsabilă de comportamentul social al oamenilor. De aceea el a denumit-o şi „Social Engagement Sistem” (SES) – „sistemul implicării sociale”. Acesta este strâns legat de viaţa noastră emoţională şi relaţională. Din acest motiv, nervul vag anterior, pe lângă faptul că reglează activitatea cardiacă, este responsabil, de asemenea, şi de stimularea

muşchilor faciali, în special de cea a muşchilor orbiculari ai ochilor, a oscioarelor urechii, a laringelui, faringelui, gâtului, plămânilor şi sistemului digestiv. El stimulează capacitatea de a stabili relaţii sociale cu alţi oameni prin intermediul contactului vizual, al mimicii, al intonaţiei şi al ascultării. El încetineşte bătăile inimii atunci când suntem într-o relaţie amiabilă. În felul acesta ne relaxăm din punct de vedere mental, emoţional şi fizic.

Emoţiile noastre se reflectă mai ales în jumătatea superioară a feţei. Prin stimularea muşchilor faciali nervul vag anterior stabileşte legătura dintre inimă şi faţă, în special cu muşchii orbiculari ai ochilor. Nervii care reglează activitatea muşchilor faciali şi vocea sunt conectaţi la inima noastră. Acesta este motivul pentru care emoţiile trăite la nivelul inimii sunt vizibile în zona ochilor şi pot fi distinse prin intermediul vocii. Atunci când intrăm în contact cu o persoană, privim mai întâi zona ochilor şi abia apoi privirea se îndreaptă spre altă porţiune a feţei, în zona ochilor putem vedea dacă această persoană este bine intenţionată şi dacă ne putem simţi în siguranţă.

Bebeluşii se uită în ochii mamei şi observă muşchii orbiculari ai ochilor, pentru a-i recunoaşte starea de spirit. Dacă ochii ei reflectă bucurie, căldură, dragoste şi afecţiune, copilul se simte în siguranţă şi se poate odihni la pieptul mamei sale. O persoană care zâmbeşte din buze, dar care este rigidă în zona ochilor şi a cărei privire pare a fi respingătoare, este percepută în mod inconştient ca fiind ameninţătoare. Prin urmare, vom evita contactul cu ea. Numai atunci când zâmbetul este conectat cu inima, deci când şi ochii „zâmbesc”, ne dăm seama în mod inconştient că putem să ne simţim în siguranţă. Zâmbetul este ceva ce poate fi învăţat. Şi el este de fiecare dată sincronizat cu inima noastră.

Jumătatea inferioară a feţei dezvăluie comportamentul agresiv al persoanei din faţa noastră. Suntem nişte fiinţe sociale care ne simţim bine atunci când avem parte de apropiere fizică, deoarece în felul acesta ne

putem linişti când suntem agitaţi. Însă acest lucru nu este posibil dacă această nevoie a fost ignorată încă din copilărie de către persoanele de ataşament (de exemplu, în urma unor acte de violenţă fizică şi sexuală). Oamenii traumatizaţi nu se pot linişti în urma contactului corporal şi recurg la strategii de supravieţuire, care se manifestă prin retragere şi izolare. Oamenii traumatizaţi au adesea trăsături faciale rigide. Expresiile lor faciale exprimă puţine emoţii în relaţiile sociale.

Componenta cea mai veche din punct de vedere evolutiv a sistemului nervos parasimpatic este denumită de Porges „nervul vag posterior" (dorsal). El se activează atunci când, într-o situaţie periculoasă, nu putem nici să luptăm, nici să fugim, iar moartea pare a fi inevitabilă. Nervul vag posterior reduce rapid cantitatea de energie care a fost mobilizată de sistemul nervos simpatic. În felul acesta, el aduce întregul organism, ca o ultimă încercare de a-l salva, într-o stare de încremenire psihică şi fizică. Această stare de imobilizare este asociată cu o întrerupere a contactului cu experienţa corporală. Ea blochează toate percepţiile şi amorţeşte conştiinţa. Senzaţia că avem o trăire privind situaţia prezentă este blocată. Intrăm, practic, într-o „stare de hibernare" fizică şi mentală. Sub o înfăţişare aparent calmă, cantitatea imensă de energie care a fost mobilizată înainte cu scopul de a lupta sau de a fugi continuă să facă ravagii. Ea este complet reprimată de nervul vag posterior; omul stă captiv într-o stare de încremenire, fără să-şi fi pierdut puterea.

Potrivit lui Porges, complexul vag anterior constituie baza fiziologică a capacităţii noastre de interacţiune socială. El ne face să ne liniştim şi să rămânem calmi. Dacă nervul vag anterior este bine dezvoltat şi are un tonus ridicat, el susţine puterea eului nostru, ne asigură o stare de sănătate stabilă şi ne ajută să ne angajăm în interacţiuni afectuoase cu persoanele cu care relaţionăm. Dacă suntem deschişi către propria noastră lume emoţională, ne putem exprima emoţiile şi în exterior.

În starea de repaus inima se află sub influenţa nervului vag anterior. El este un intermediar între corp şi psihicul nostru. Cercetătorii au descoperit faptul că activitatea vagală este importantă pentru dezvoltarea emoţională şi socială a omului (Sroka, 2011). O copilărie caracterizată de interacţiuni tandre şi afectuoase cu mama duce la dezvoltarea unei vieţi emoţionale însufleţite şi la o deschidere spre propria lume afectivă. Un nerv vag anterior bine dezvoltat asigură, de asemenea, un nivel ridicat de toleranţă la stres. Dacă în perioada copilăriei tonusul vagal bazai este crescut, el duce la o performanţă cognitivă mai bună şi la o bună stare de sănătate fizică.

În schimb, în urma traumelor petrecute în copilărie pierdem capacitatea de activare a nervului vag anterior. Suntem mereu într-o atitudine defensivă, avem dificultăţi în ceea ce priveşte interacţiunile sociale şi nu ne putem calma. Drept urmare, apar hiperatenţia (hipervigilenţa), neliniştea şi hipersensibilitatea, precum şi aşa-numitele „boli de inimă”.

Studiu de caz: Lina

Lina vine regulat de mai multe luni la şedinţe de terapie de grup, în care se fac constelaţii. Ea suferă de o traumă severă de ataşament şi, mai departe, şi de o traumă de sexualitate. Astăzi vrea să-şi analizeze iluziile amoroase legate de un bărbat de care s-a îndrăgostit, cu care însă nu poate avea o relaţie sănătoasă. Intenţia ei sună în felul următor: „Cum mă simt eu în relaţia cu Hannes?”

În timpul contactului cu EUL ei, la început iese la iveală repulsia ei faţă de contactul sexual. Apoi Lina alege cuvântul MĂ. Reprezentanta acestui cuvânt începe să aibă imediat nişte palpitaţii plăcute în inimă, dar se simte puţin nesigură. Reprezentanta cuvântul MĂ simte foarte multă afecţiune faţă de Lina şi ambele se privesc reciproc pline de speranţă. După un timp, MĂ simte cum o rază de iubire strălucitoare porneşte din inima ei spre inima Linei. Lina pare foarte iritată şi, brusc, pieptul se contractă. Ea are

dureri copleşitoare în inimă. Durerea este atât de mare, încât Lina nu o poate reprima şi începe să plângă tare. Respiră adânc şi vădeşte o activare clară a sentimentelor traumatice de odinioară. O însoţesc cu o voce calmă, încurajând-o să nu reprime acum aceste sentimente, ci să încerce să rămână în contact cu ele în plan interior. În timp ce ea se deschide către aceste vechi sentimente dureroase, îi cer totodată să păstreze contactul vizual şi fizic cu reprezentanta cuvântului MA, pentru a nu-şi pierde poziţia actuală şi pentru a se putea confrunta acum (ca adult) cu durerea de odinioară. În timp ce ea permite acestei dureri să-i cuprindă pieptul, reprezentanta cuvântului EU vine şi-şi pune mâinile în semn de afecţiune şi de susţinere pe umerii Linei. Susţinută în felul acesta de MĂ şi EU şi ajutată de mine, clienta se poate lăsa cuprinsă de această mare durere emoţională a copilaşului părăsit şi singuratic din interiorul ei. O încurajez să păstreze contactul vizual cu reprezentanta cuvântului MĂ (pentru a continua să activeze nervul vag anterior), în timp ce simte această durere.

În copilărie, Lina a fost singură cu durerea ei şi, pentru a supravieţui, a trebuit să se cliveze şi să-şi zăvorască inima. Însă acum există în faţa ei un adult, şi anume reprezentanta cuvântului MĂ, care o ajută să rămână în contact cu durerea ei din copilărie. În felul acesta ea adus în prezent o parte traumatizată timpuriu. Astfel durerea nu o mai constrânge să se retragă în interiorul ei.

După ce Lina s-a liniştit, având sentimentul că este „bine susţinută”, ea simte pentru prima oară dorinţa de a-şi pune capul pe umărul lui MĂ, pentru a se relaxa. Ea este foarte surprinsă de acest impuls, întrucât până acum nu a simţit niciodată acest sentiment de încredere.

După realizarea constelaţiei, Lina spune că durerea ei de inimă a fost atât de puternică, deoarece a fost extrem de cumplit faptul că nu a putut simţi această mare iubire. Ea nu a avut voie niciodată să exprime această iubire,

deoarece mama ei nu o putea suporta. „Încotro să-mi îndrept iubirea, care este atât de puternică, încât nu există cuvinte pentru a o exprima?” De aceea ea s-a resemnat şi şi-a zăvorât inima şi iubirea faţă de ea şi faţă de lume.

Bolile de inimă în anul 2014, în Germania 338 056 de oameni au murit din cauza bolilor cardiovasculare. Acest diagnostic este menţionat ca fiind cea mai frecventă cauză de deces.42 Medicina de orientare biologistă consideră că alimentaţia adecvată, stilul de viaţă sănătos şi activitatea fizică suficientă constituie cele mai bune căi de prevenire a „bolilor de inimă”.

În cazul „bolilor de inimă”, medicina face distincţie între „bolile funcţionale de inimă”, cum ar fi, de exemplu, „tulburările de ritm cardiac” şi „angina pectorală”, şi cele organice, cum ar fi, de exemplu, „îngustarea arterelor coronare” şi „infarctul miocardic” Bolile funcţionale de inimă prezintă de obicei simptome, precum palpitaţii, extrasistole, tahicardie, dureri ascuţite în piept, usturime şi senzaţie de arsură în vârful inimii, înţepături, dureri şi junghiuri în partea stângă a pieptului. Aceste simptome sunt adesea însoţite de stări de anxietate şi de o îngrijorare legată de propria viaţă. La nivel organic de obicei nu se constată deficienţe. Potrivit statisticilor, între 10 şi 25% din populaţie suferă de aceste „simptome cardiace somatoforme” (Morschitzky şi Sator, 2013, p. 50)

Tulburările organice ale inimii apar atunci când există probleme legate de alimentarea cu sânge şi oxigen a muşchiului inimii. Întrucât arterele coronare sunt îngustate din cauza depozitelor de grăsimi şi colesterol, muşchii inimii sunt, temporar sau permanent, insuficient alimentaţi cu sânge. Insuficienţa circulatorie coronariană tranzitorie se manifestă şi sub diferite forme ale „senzaţiei de apăsare în piept”. Astfel persoanele afectate simt dureri apăsătoare, sub formă de crize, localizate în spatele sternului, care se extind în partea stângă a pieptului şi în braţul stâng. În cazul unor crize severe se poate ajunge şi la stări de leşin, care sunt asociate cu greaţă, insuficienţă

respiratorie, transpiraţie şi frică de moarte. De obicei aceste crize durează doar câteva minute. „Infarctul miocardic” este cea mai frecventă cauză de deces, însă incidenţa infarctului miocardic a scăzut în ultimii ani ca urmare a îmbunătăţirii tratamentului de urgenţă şi a medicinei preventive (Sroka, 1987, 2006). Infarctul miocardic nu mai este astăzi o „boală a managerilor”, aşa cum s-a afirmat în urmă cu câteva decenii. El afectează în prezent mult mai puternic păturile sociale inferioare.

Din punctul de vedere al medicinei convenţionale, tulburările circulatorii coronariene sunt cauzate de calcifierea vaselor sanguine care alimentează muşchiul cardiac cu sânge şi oxigen. Aceste vase sanguine devin tot mai rigide, în timp ce volumul sanguin şi, astfel, alimentarea cu sânge a inimii este obstrucţionată. Drept urmare, ţesutul nu mai este alimentat suficient cu sânge şi oxigen, fapt care, în cazul unui stres ridicat, duce la o subalimentare a inimii. Un infarct miocardic poate fi cauzat şi de un cheag de sânge care blochează brusc o arteră coronară. În cazul acesta, ţesutul subiacent nu mai este alimentat cu sânge şi oxigen şi moare în câteva secunde. În cazul în care este afectată o zonă mică, infarctul trece adesea neobservat. La locul afectat se formează, ca înlocuitor, un ţesut cicatricial de calitate inferioară. Dacă este afectat un vas sanguin important, acest lucru poate duce la o moarte subită. Întrucât de obicei semnele premergătoare nu sunt observate de persoanele afectate, infarctul miocardic este perceput ca fiind brusc şi neaşteptat.

În cărţile sale referitoare la „bolile de inimă” şi mai ales la „infarctul miocardic”, Sroka (2011) prezintă o altă teorie: adesea, circulaţia sanguină prin arterele coronare nu este obstrucţionată ca urmare a îngustării acestora. Atunci când arterele coronare se îngustează treptat din cauza calcifierii lor, se formează aşa-numitele ramuri colaterale. Acest lucru înseamnă că ia naştere o „circulaţie colaterală”, care asigură alimentarea cu sânge a inimii. În

majoritatea cazurilor, un infarct miocardic este precedat imediat de o scădere drastică a tonusului nervului vag anterior. Această încetare a activităţii cardiace vagale ar fi mai degrabă cauza scăderii bruşte a fluxului sanguin sau chiar a întreruperii circulaţiei sanguine în muşchiul cardiac.

„Personalitatea cu risc de infarct” – o strategie de supravieţuire

Medicina psihosomatică îi descrie adesea pe pacienţii cardiaci ca având o personalitate ce se caracterizează prin ambiţie, nelinişte, activitate intensă, competitivitate, tendinţă spre dominare, determinare şi nerăbdare. Această persoană se pune permanent sub presiune şi este mereu în criză de timp. Ea tinde spre im perfecţionism exagerat, posedă un autocontrol puternic şi are un comportament compulsiv. Ea încearcă să obţină controlul asupra celor din anturajul său. Îşi reprimă emoţiile, în special frica, şi are tendinţa de a raţionaliza. Cu greu se poate relaxa şi odihni, deoarece tensiunea sa interioară o ţine permanent în mişcare. Ea suferă de hiperactivitate.

„Pacienţii cardiaci” cu greu ar putea suporta sentimentele de dependenţă şi de pasivitate. În afara activităţii profesionale nu au o viaţă împlinită, motiv pentru care perioadele de odihnă sunt pe cât posibil evitate. Nu lasă să răzbată în exterior nimic din sentimentele lor interioare care îi impulsionează şi le influenţează comportamentul.

Terapia psihosomatică constă de obicei într-o ofertă variată de tehnici de relaxare, precum antrenamentul autogen, yoga sau terapia prin respiraţie. Însă ea nu este suficientă pentru a vindeca traumele care stau la baza apariţiei bolilor. Căci comportamentele descrise simt tipice pentru ceea ce în teoria lui Franz Ruppert sunt desemnate a fi „strategii de supravieţuire” în urma „traumei de iubire” (Ruppert, 2012 b).

Studiul de caz: Moritz

Moritz vrea să-şi analizeze astăzi tulburările sale de

ritm cardiac. Intenţia sa este următoarea: „Eu vreau să ştiu care este cauza tulburărilor de ritm ale inimii mele”.

EUL lui Moritz este la început neutru şi manifestă curiozitate faţă de acest proces. INIMA, care a fost poziţionată aparte faţă de tulburările de ritm, simte că nu-i aparţine lui Moritz şi că nu este bine primită. Ar vrea să fie mai aproape de Moritz, dar nu poate ajunge la el. Reprezentantul ei bate mereu în perete, pentru a atrage atenţia asupra lui. El are sentimentul că nu este auzit de Moritz. INIMA începe apoi să plângă, este foarte tristă şi se simte sub presiune. Ea are sentimentul că Moritz a decis să-şi urmeze calea vieţii fără INIMA să se simte părăsită şi singură. Ar vrea să intre în el, iar el să o primească.

Reprezentantul cuvântului MELE simte o stare puternică de melancolie şi îi este foarte dor de mama sa cu care simte nevoia să aibă o relaţie afectuoasă. El are o dorinţă sufletească de a simţi căldură, tandreţe şi senzualitate. îl întreabă pe Moritz cum a ajuns să se îndepărteze atât de tare de inima lui.

Pe parcursul constelaţiei INIMA se simte tot mai slăbită şi pierde tot mai multă energie. Ea îl priveşte pe Moritz şi-i spune că îl place tare mult, ba chiar îl iubeşte! INIMA ar fi dorit să aibă o mamă care să-i spună din tot sufletul: „Te iubesc!” Dar asta nu s-a întâmplat niciodată. Astăzi, INIMA lui Moritz vrea să fie iubită şi băgată în seamă. Moritz încă nu poate oferi această iubire inimii sale. În calitate de observator al acestei scene este emoţionant să vezi cât de greu îi este lui Moritz să se deschidă spre inima sa şi cât de implorator îl priveşte inima.

Moritz vine acum regulat la şedinţele de grup şi vrea să înveţe să-şi cucerească propria inimă.

„Trauma de iubire”.

Din perspectiva teoriei traumei psihice orientate către identitate (TTPOI), abordare dezvoltată de Franz Ruppert, piatra de temelie a nevoii exagerate de

recunoaştere şi a disponibilităţii pentru autosacrificiu este pusă, încă din copilărie, în cadrul relaţiei cu părinţii. Un bebeluş a cărui mamă îi ignoră nevoile umane şi care nu primeşte un răspuns tandru la semnalele sale percepe acest lucru ca pe o catastrofă emoţională. Mai târziu, când va fi adult, el va încerca de-a lungul întregii sale vieţi să câştige totuşi dragostea mamei sale, străduindu-se să obţină succes în plan profesional. În copilărie nu a existat nicio posibilitate de a fi cumva băgat în seamă de mama lui, de a fi văzut şi acceptat de ea. Consecinţele acestei situaţii sunt retragerea emoţională, evitarea relaţiilor de ataşament şi respingerea propriilor sentimente de tandreţe. În felul acesta şi nevoia de a primi dragoste şi ocrotire este clivată.

Prin urmare, baza pentru profilul de personalitate al „pacienţilor predispuşi la infarct miocardic" este lipsa iubirii şi a tandreţii materne. În schimb, copilul se supune cerinţelor acesteia de „a fi liniştit şi cuminte" Mai târziu, „pacientul cardiac" se va supune valorilor ostile vieţii, care sunt impuse de societatea competitivă. În felul acesta ia naştere un exces de furie şi de agresivitate blocată, prin care „pacientul cardiac" îşi reprimă de-a lungul întregii sale vieţi dorinţa sa de a primi ocrotire, tandreţe şi iubire, acţionând, astfel, într-un mod autodistructiv asupra propriei sale inimi.

Olga Bazhenova şi Stephen Porges au făcut un experiment cu bebeluşi ce aveau vârsta de cinci luni (Sroka 2011, p. 44). O stare emoţională pozitivă declanşată de prezenţa afecţiunii s-a manifestat printr-o expresie facială care reflecta bucurie şi a fost asociată cu o stare de linişte şi de relaxare şi cu un tonus vagal ridicat. Întrucât nervul vag anterior reacţionează la atingerea drăgăstoasă, mângâierile fizice sunt absolut necesare pentru un bebeluş. Cu cât a fost mai ridicat tonusul vagal, care este responsabil de relaxare, cu atât mai mare a fost capacitatea copiilor cu vârste cuprinse între opt şi unsprezece luni de a rămâne atenţi în cadrul unei

interacţiuni sociale şi cu atât mai mare a fost capacitatea lor de a face faţă stresului. Izolarea, depresia, comportamentul agresiv şi tulburările de somn la copiii în vârstă de trei ani au fost corelate semnificativ din punct de vedere statistic cu un tonus vagal scăzut.

Acest studiu a demonstrat faptul că, pentru ca nervul vag anterior să se dezvolte, este extrem de important ca părinţii să aibă capacitatea de a regla emoţiile şi sentimentele puternice ale copilului. Pentru ca reglarea afectivă a copilului să reuşească, părinţii trebuie să aibă ei înşişi o relaţie bună cu propriile lor emoţii şi să dispună de o structură stabilă a eului, pentru a nu fi copleşiţi de emoţiile celui mic. Prin stabilirea unei relaţii de ataşament securizant cu părinţii, copilul învaţă mai târziu, ca adult, să-şi regleze singur propriile emoţii şi să stabilească relaţii sociale şi de ataşament pozitive. Cultivarea şi menţinerea relaţiilor interpersonale au o influenţă decisivă asupra bunăstării noastre şi asupra sănătăţii noastre psihice şi fizice. Sroka (2011, p. 48) conchide, susţinând că perturbările care au loc în copilărie în ceea ce priveşte dezvoltarea afectivă şi relaţională duc mai târziu, din cauza scăderii tonusului vagal, la apariţia infarctului miocardic.

Aşa cum a descoperit Franz Ruppert, o „traumă de iubire” are loc atunci când mama, ca urmare a propriei sale traume, nu-i poate oferi copilului dragoste şi siguranţă (Ruppert, 2012 a, 2014). Această lipsă a iubirii poate merge până la respingerea copilului, fapt ce poate crea o dilemă de nerezolvat în psihicul copilului. Copilul vrea să facă parte, alături de mama lui, dintr-un „circuit al dragostei” de la inimă la inimă. O mamă sănătoasă din punct de vedere emoţional primeşte cu bucurie această mare iubire a copilului ei, o conectează cu propriile ei sentimente de dragoste şi, prin privirea ei iubitoare, prin atingerea ei blândă, prin vocea ei moale şi prin vitalitatea ei, permite ca iubirea ei să se întoarcă la copil. Ea îşi îndreaptă atenţia asupra copilului într-un mod sănătos, îl

hrăneşte cu delicateţe şi îl ţine strâns în braţe. Astfel copilul se poate simţi în siguranţă şi ocrotit. Între cei doi se creează o relaţie de iubire puternică, pe care nici spaţiul, nici timpul nu o pot periclita.

Atunci când un bebeluş are sentimentul profund că este perceput şi înţeles de mama sa, se creează baza pentru dezvoltarea unui sentiment de sine pozitiv şi, pe parcursul dezvoltării sale, el învaţă să-şi regleze singur propriile temeri şi sentimente „negative” Ulterior, el percepe lumea ca pe un loc care îl primeşte cu braţele deschise şi care îi oferă tot ce are nevoie pentru a duce o viaţă bună. El devine o personalitate clar delimitată, care are contacte sociale pozitive şi poate stabili relaţii de ataşament afectuoase.

Însă, atunci când această iubire, care curge de la copil la mamă prin toate fibrele fiinţei sale, este respinsă de aceasta, copilul se simte părăsit, disperat şi neputincios. De aceea, copilului îi este imposibil să se ataşeze de mamă într-o manieră optimă. Ca urmare a „traumei de iubire” suferite de ea însăşi, mama nu este capabilă să-i ofere copilului ei căldură şi ocrotire. În felul acesta ea îşi traumatizează copilul şi, prin răceala ei sufletească, îi provoacă răni emoţionale profunde.

Prin urmare, ar trebui să ne îndreptăm atenţia nu doar asupra violenţei fizice, ci ar trebui să analizăm şi violenţa emoţională ascunsă, care adesea este invizibilă din exterior. Desconsiderarea, respingerea, etichetările, pedepsirea realizată prin întreruperea contactului etc. simt percepute de către copil la fel ca o agresiune fizică. Aşa cum susţine van der Kolk (2015), un copil respins emoţional simte aceeaşi durere ca atunci când este bătut. Sistemul nervos simpatic este puternic activat, iar anxietatea sa creşte, transformându-se în panică.

Constelaţia Mariei ilustrează consecinţele neglijării şi ale violenţei emoţionale.

Studiu de caz: Maria

Maria are de câteva săptămâni puternice dureri de

inimă, în urma unor investigaţii medicale ea a constatat că nu există cauze organice pentru starea ei. Aşadar, formulează următoarea intenţie: „Eu vreau să simt ce se ascunde în spatele durerilor mele de inimă”.

Reprezentanta cuvântului EU simte imediat palpitaţii puternice, panică, agitaţie şi sentimente traumatice şi se străduieşte din răsputeri să nu-şi piardă echilibrul. Îi vine greaţă, are senzaţia că va leşina în curând, simte o presiune puternică asupra gâtului şi o senzaţie de încorsetare în piept. Este cuprinsă de o frică intensă, care pune stăpânire pe întregul ei corp ca un fior de groază. EUL se scurge din ea şi are senzaţia că viaţa o părăseşte. Maria povesteşte faptul că, în perioada pubertăţii, a avut multe fantezii suicidare, pe care a reuşit să le compenseze dormind foarte mult. În felul acesta, practic ea s-a „eliminat” singură.

INIMA i se alătură. Ea tremură din tot corpul şi îi este cumplit de frig. La vederea ei, toate emoţiile dispar din corpul Mariei. Ea se simte foarte împovărată. O încurajez să stabilească un contact vizual cu EUL ei pentru a se reechilibra, lucru pe care îl şi face. Între cele două ia naştere o relaţie care o aduce pe Maria înapoi în prezent şi îi limpezeşte mintea. EUL simte că s-a liniştit de când INIMA este acolo cu ea.

Apoi INIMA începe să se legene de pe un picior pe altul ca un mecanism de ceasornic, spunând mereu „tic-tac”, „tic-tac”. În timpul acesta simte nevoia să respire adânc. Pare că nu simte nimic, cu toate acestea funcţionează, deşi funcţionarea ei este redusă la minimum. INIMA se simte ca un bebeluş care nu are contact social. Este singură şi abandonată. Maria povesteşte că a crescut la o fermă şi că mama ei nu s-a ocupat deloc de ea. Numai servitoarele au fost cele care i-au „purtat de grijă” Mama ei nu a fost niciodată cu adevărat prezentă pentru ea.

EUL se simte acum foarte conectat cu INIMA şi se uită întruna la ea. Cele două sunt orientate puternic una către cealaltă. INIMA vrea să respire acum pentru EU.

Apoi i se alătură şi DUREREA, aşa că se simte ameninţată din exterior. EUL spune că este o chestiune de viaţă şi de moarte.

Când li se alătură şi SPATELE, acesta începe să aibă imediat palpitaţii puternice şi vrea doar să fugă. El se comportă ca o parte supravieţuitoare care nu vrea să aibă nimic de-a face cu toate acestea şi preferă să iasă în natură. Această afirmaţie o emoţionează pe Maria atât de tare, încât începe să plângă, căci natura era singurul loc în care ea se simţea în siguranţă când era copil. În timp ce Maria manifestă emoţii atât de puternice, INIMA se întoarce pentru prima dată spre ea şi o priveşte. Cele două stabilesc pentru prima oară un contact vizual şi se recunosc reciproc. Acum şi EUL poate deschide din nou ochii şi se poate uita în jur. În cele din urmă, toţi cei trei participanţi se uită unul la altul: acum Maria se simte bine.

Un bebeluş lăsat singur nu poate nici să lupte, nici să fugă. Pentru a nu muri din cauza surescitării, trebuie să-şi cliveze teama copleşitoare şi durerea insuportabilă. Anxietatea provocată de traumă este o angoasă de moarte! De aceea se activează complexul vagal posterior. Acesta ajustează „în jos” întregul sistem nervos, ducându-l pe bebeluş într-o stare de încremenire. Nervul vag posterior preia conducerea, iar sistemul implicării sociale (*Social Engagement Sistem* – SES) este dezactivat.

Mama, care îşi zăvorăşte inima şi sentimentele de iubire faţă de copil şi se ascunde în spatele zidurilor impenetrabile ale strategiilor sale de supravieţuire, devine o ameninţare pentru copil. Ea îşi fixează privirea asupra copilului cu indiferenţă sau se uită la el cu o privire goală, pierdută. Ea proiectează asupra copilului temerile, respingerea şi furia ei, dar şi propriile ei dorinţe neîmplinite. Zâmbetul ei nu este însoţit de privirea duioasă a ochilor. Copilul nu se va putea oglindi niciodată în ochii strălucitori şi iubitori ai mamei sale. El nu se simte niciodată binevenit, băgat în seamă şi acceptat.

Astfel copilul pierde contactul cu sine însuşi, prin

faptul că îşi întrerupe accesul la propriile sale nevoi, la inima sa şi la eul său. De aceea, în cazul unei traume de ataşament timpurii, nu există un eu conştient sănătos şi stabil. Sugarul pierde contactul cu propriul eu, îşi reprimă propriile sentimente faţă de sine şi devine hiperatent, îndreptându-se cu toate simţurile sale spre exterior. El se uită întruna după mama sa şi încearcă, cu posibilităţile sale limitate, să stabilească un contact vizual. Chiar dacă mama nu împărtăşește copilului sentimentele sale, copilul trebuie să fie alături de mama sa. Chiar dacă mama este insensibilă la viaţa interioară a bebeluşului, copilul trebuie să se adapteze cu grijă la viaţa interioară a mamei şi să se alinieze nevoilor ei. Bebeluşul învaţă că poate stabili relaţii cu oamenii numai dacă renunţă la sine. El îşi pierde tot mai mult din propria fiinţă, devine extrem de tensionat atât în plan interior, cât şi în plan exterior, încercând astfel să rezolve dilema nevoii de contact şi a fricii de apropiere. Stabilirea unei relaţii cu adevărat relaxate, cordiale şi afectuoase nu va fi niciodată posibilă.

O persoană care pe parcursul întregii sale copilării a suferit o traumă de ataşament din cauza comportamentului neiubitor al mamei pierde, pentru a putea supravieţui, şi capacitatea de a-şi simţi propriul corp. Numai în felul acesta copilul poate rămâne în contact cu mama, care îl respinge la nivel afectiv. Preţul pentru această supravieţuire este renunţarea la propriul eu. Germenele propriului eu nu se mai poate transforma într-o personalitate solidă şi empatică.

Adesea, multe conflicte care iau naştere în urma traumelor există deja de mai multe generaţii în psihicul fiecărui membru al familiei. Instinctul biologic, primar, de ataşament îl constrânge pe copil să se identifice cu sentimentele traumatice ale mamei şi ale strămoşilor săi. În mod normal ne ataşăm de o persoană alături de care ne simţim în siguranţă. Însă, dacă suntem constrânşi să ne ataşăm de o persoană pe care o percepem ca fiind ameninţătoare, suntem nevoiţi să ne identificăm şi cu

sentimentele traumatice reprimate ale acelei persoane. Pentru a continua să trăiască în acest mediu ostil, copilul dezvoltă de-a lungul anilor tot mai multe strategii de supravieţuire, pe care noi le-am considerat ca făcând parte din presupusa structură a personalităţii pacientului predispus la infarctul miocardic.

Studiu de caz: Sonia

Sonia vine la şedinţe de terapie individuală, deoarece de câteva săptămâni are dureri puternice de inimă, extrasistole şi o senzaţie de arsură în întreaga cavitate toracică, lucru care o neliniştește extrem de mult. Intenţia ei sună în felul următor: „Eu vreau să ştiu care este cauza durerilor mele de inimă!”

Intru, în calitate de reprezentantă, în rolul EULUI ei şi am imediat senzaţia că Sonia are o cutie toracică lipsită de conţinut. Nu pot să stabilesc niciun contact cu ea, iar ea mă priveşte cu ochi goi. Apoi ameţesc şi îmi apar imagini intense cu un bebeluş care stă culcat în pătuţul său, singur şi abandonat. Mă cuprinde o teamă intensă şi am palpitaţii puternice la inimă. Văd cum o bandă de cauciuc porneşte din inima mea către inima mamei.

Banda de cauciuc este întinsă la maximum şi dintr-odată se rupe cu toată puterea, ricoşează înapoi în inima mea, îmi contractă pieptul şi-mi provoacă o rană mare, deschisă. Această rană generează o durere adâncă, chinuitoare şi insuportabilă. Toate acestea simt însoţite de teama că mama nu va mai reveni niciodată. De acum înainte nu va mai exista niciun moment de relaxare. Încep să plâng cu disperare şi-i povestesc clientei mele despre tristeţea mea, despre singurătatea mea şi despre teama că voi muri „singură-singurică”.

Sonia mă ascultă impasibilă şi, când privesc în ochii ei, sentimentele mele dispar brusc, iar eu mă dezmeticesc. Nu mai simt nimic. Odată cu sentimentele traumatice, au dispărut şi toate celelalte sentimente precum bucuria de a trăi, speranţa sau plăcerea. Mă simt de parcă aş fi „goală” în interior. Din acest moment sunt un copil liniştit, retras şi

cuminte, care nu cere nimic şi care nu-şi face cunoscute propriile nevoi. Mama se bucură că are un copil atât de uşor de îngrijit.

Sonia spune că, undeva în adâncul sufletului ei, rezonează cu cele spuse de mine, dar nu simte nimic şi nu empatizează cu mine. Însă îmi confirmă faptul că nu a observat niciodată ca mama ei să fi manifestat vreun sentiment. În copilăria ei nu a existat nici bucurie, nici tristeţe, nici plăcere şi nici vitalitate.

Sonia vine de atunci regulat la şedinţele de grup şi, treptat, înţelege în ce mediu „ostil pentru un copil" a crescut. Ea vrea să-şi redobândească propriile ei sentimente, pentru a ieşi din starea ei de apatie şi de lipsă de voinţă. Durerile ei de inimă au dispărut pe parcursul elaborării terapeutice a traumei de ataşament pe care a suferit-o în copilărie.

Terapia traumei psihice orientată către identitate (TTPOI)

Pentru a-l ajuta pe client, astfel încât eul său să devină stabil şi bine reglat, este necesar ca terapia să stimuleze activitatea nervului vag anterior. Restabilirea unei relaţii sănătoase cu eul originar constituie aspectul vindecător al terapiei. Ataşamentul afectuos faţă de sine ajută eul să iasă din starea de încremenire şi să repună în mişcare sentimentele.

Travaliul pe care îl face clientul în timpul întâlnirii eului cu reprezentanţii din constelaţie îl poate determina să aibă noi experienţe relaţionale sub ghidarea apreciativă şi empatică a terapeutului. Treptat, clientul îşi poate deschide inima şi-şi poate exprima sentimentele tandre. Apoi complexul vagal anterior „se pune în mişcare", pieptul se deschide şi apare o stare de relaxare care devine tot mai mare. Aceasta se manifestă prin eliberarea tensiunii musculaturii corpului şi a feţei, printr-o voce mai moale, printr-o privire mai deschisă şi printr-o respiraţie profundă.

În lucrul cu reprezentanţii, nervul vag anterior

reprezintă centrul neurobiologic al terapiei. Prin nervul vag „interacţiunea socială” capătă intensitate. Scopul este integrarea părţilor clivate, refulate şi blocate în trecutul traumatic, părţi care toate ţin de propria identitate. Acest lucru se realizează prin reconectarea la părţile traumatizate ale copilului, care sunt îndepărtate din conştient şi care sunt blocate în trecut. Aceste sentimente interioare sunt încă blocate în vechea traumă suferită în copilărie şi au nevoie să fie integrate de către o persoană, care, în calitate de adult, se află în aici-şi-acum. Copiii care sunt încă blocaţi în trecut au nevoie de o persoană adultă care poate simţi o profundă compasiune pentru situaţia traumatică a copilului de odinioară.

Pentru aceasta, propria traumă trebuie mai întâi analizată şi recunoscută la nivel cognitiv. Terapia traumei constituie întotdeauna o întâlnire blândă şi controlată cu spaimele trecutului. Experienţa traumatică trebuie repoziţionată în propria viaţă, trebuie calmată din punct de vedere emoţional şi apoi, prin intermediul compasiunii faţă de sine, trebuie integrată în propria personalitate. Acest lucru duce la crearea unei imagini de ansamblu complexe asupra propriei vieţi şi asupra propriilor experienţe. În felul acesta poate lua naştere o identitate care conferă putere, capacitate de empatie, siguranţă de sine şi încredere.

Important este ca clientul să poată păstra o conştiinţă a prezentului caracteristică adultului, astfel încât să nu cadă într-o regresie, în cadrul căreia nu poate exista o relaţie între părţile traumatizate ale copilului şi conştiinţa lui din aid-şi-acum. Este vorba despre un spaţiu intermediar structurant, care poate face distincţia între ceea ce se petrece astăzi şi ceea ce s-a întâmplat odinioară. Clientul dobândeşte această capacitate atunci când are o relaţie strânsă cu eul său. Clientul trebuie, ca să spunem aşa, să-şi poată menţine structura eului, pentru a integra părţile traumatizate ale copilului. Dacă se ajunge prea devreme la o confruntare cu trauma, fără a se

conecta cu eul său, se poate întâmpla ca clientul să revină complet la sentimentele traumatice de odinioară. Astfel există şi pericolul unei retraumatizări.

Din acest motiv, pentru a realiza o integrare este important ca clientul să dezvolte o percepţie de sine dual㠎. Acest lucru înseamnă că el poate rămâne în contact cu el însuşi chiar şi atunci când sentimentele dureroase de odinioară ies din adâncuri şi pătrund în conştiinţă. Pentru reaşezarea acestui proces este util ca un eu sănătos, puternic, suportiv şi curios să stea de partea clientului şi să-l însoţească pe parcursul procesului. Astăzi el nu mai este singur în confruntarea lui cu situaţia de odinioară, care era insuportabilă pentru copilul mic. În procesul de integrare a traumei, nu durerea este problema, ci copilul mic de odinioară, care nu putea face faţă de unul singur acestei dureri. De aceea, el are şi astăzi nevoie de un adult intern, care să poată prelua şi suporta fizic durerea, aşa cum odinioară bebeluşul ar fi avut nevoie de un corp adult şi stabil în care s-ar fi putut cuibări şi linişti. Eul stabil este ajutorul acordat astăzi copilului traumatizat de odinioară. El îl ajută pe client să înţeleagă faptul că teama copilului a fost îndreptăţită în trecut, dar astăzi ea nu mai este necesară. În acest mediu securizat clientul se poate îndrepta cu compasiune către partea traumatizată a copilului şi se poate deschide din nou către sentimentele sale traumatice, care odinioară au fost „înghe㠣ate”. În timpul procesului de integrare clientul poate rămâne permanent într-un contact fizic stabilizator cu eul său sau cu părţile apropiate eului, confruntându-se astfel într-un mod vindecător cu durerea cauzată de vechile răni. În felul acesta se creează o punte între părţile traumatizate ale sinelui copilului şi structurile adulte ale clientului.

Aşa cum am văzut, compasiunea este cea mai puternică forţă a inimii. Ea activează nervul vag anterior şi permite inimii să se deschidă în faţa suferinţei copilului mic, care „strigă” după atenţie prin intermediul simptomelor sale fizice. Aceasta este provocarea cu care

trebuie să ne confruntăm în cazul integrării traumelor. Căci clienţii trebuie să simtă ceva ce nu au primit niciodată din partea persoanelor de ataşament şi care, astfel, nici nu s-a putut dezvolta în ei: este vorba despre compasiune.

Aşadar, lucrul cu constelaţiile se referă în mod direct la maturizarea afectivă.

În lucrul cu reprezentanţii, în cadrul interacţiunii rezonante cu propriul eu, sistemul clientului de implicare socială este activat de două ori. Datorită contactului, faţă în faţă, cu propriul eu şi cu reprezentantul care joacă rolul celuilalt, al lui „tu”, ne percepem propriul nostru EU în persoana lui TU! Clientul îşi recunoaşte EUL său în reprezentantul care, prin intermediul cuvintelor, al inamicii, al gesturilor şi al mişcărilor, reflectă din punct de vedere emoţional sentimentele clientului. Relaţia pozitivă cu EUL sau cu părţile apropiate EULUI, precum MIE, PE MINE, AL MEU şi A MEA, reprezintă cea mai bună resursă pentru confruntarea cu traumele şi pentru integrarea lor, deoarece, datorită relaţiei empatice şi suportive, această relaţie este constructivă în plan interior.

Această relaţie de ataşament cu sine însuşi poate duce la crearea unui mediu interior sigur. Din acest spaţiu interior securizant clientul poate începe să-şi exploreze treptat propria sa poveste de viaţă. Reunificarea şi integrarea părţilor clivate şi refulate ale sinelui duc la dezvoltarea, într-un mod complet natural, a unei identităţi proprii. Când sunt pregătit din punct de vedere emoţional, pot reunifica aceste părţi în persoana unui reprezentant şi, prin intermediul unui contact vizual şi emoţional empatic şi afectuos, le pot invita să vină acum la mine. Aceste relaţii subtile, interpersonale, specifice lumii interioare stimulează activarea sistemului nervos social. Pentru ca munca de integrare să aibă succes, este necesar ca clientul să fie capabil să se recunoască în reprezentantul propriul său EU, ca ambii să se privească în ochi reciproc şi să stabilească un contact fizic conştient. Acum el îşi poate

oferi singur tot ceea ce ar fi avut nevoie atât de urgent din partea mamei sale pe când era copil, pentru a se simţi luat în seamă, acceptat, iubit şi în siguranţă. În cazul acesta, tonusul nervului vag anterior creşte treptat, iar capacitatea de relaţionare se poate redezvolta.

În cadrul multor întâlniri dintre client şi eul său, am putut vedea cum o privire temătoare, rigidă, impenetrabilă şi neîncrezătoare a clientului s-a transformat brusc datorită atenţiei pline de afecţiune şi a înţelegerii manifestate de EUL său, iar clientul a reuşit să iasă treptat din starea sa de încremenire. Privirea clientului asupra EULUI său a devenit tot mai tandră, mai încrezătoare şi mai deschisă. În felul acesta are loc o recunoaştere de sine structuralizantă, care este asociată cu o relaxare profundă.

Studiu de caz: Erich

Erich suferă de câţiva ani de un „bloc de ramură drept" 43 la inimă, care încă nu prezintă simptome şi care a fost depistat din întâmplare la un examen medical general. Totuşi, el vrea să afle care este cauza acestei probleme. Intenţia lui sună în felul următor: „Eu vreau să înţeleg care este cauza deficienţei mele cardiace".

EUL este dispus să analizeze împreună cu Erich „problemele legate de inimă". EUL este foarte familiarizat cu Erich şi se simte apropiat de el. În relaţia cu EUL său, Erich simte ceva care se află foarte departe şi care îi inspiră teamă. Când EUL aude acest lucru, începe să aibă imediat palpitaţii şi confirmă ceea ce spune Erich. Acum EUL se simte slăbit, deoarece este vorba despre frică. Erich încearcă să ascundă această frică şi crede că o poate „învinge". Adesea el îşi provoacă singur dificultăţi în viaţă.

EUL este apoi cuprins de disperare şi nu vede nicio cale de ieşire. Este ceva fără sfârşit şi EUL simte acum nevoia să se întindă, deoarece devine tot mai slăbit. Închide ochii, nu mai poate privi. EUL simte acum că este un bebeluş. Îi vine tot mai greu să rămână prezent în plan interior. EUL simte teamă, împotrivire şi disperare. Simte suferinţa nesfârşită a unui sugar, care nu a avut nicio

şansă. EUL stă acum ghemuit pe-o parte ca un bebeluş şi spune că inima lui îl doare cumplit, dar că trebuie să îndure. Este încă atât de mic, încât nu se poate întoarce singur pe partea cealaltă. Erich vrea să stabilească un contact cu el, dar nu ştie cum să o facă şi îşi pune capul pe umărul EULUI Asta este prea mult pentru EU. El nu-l poate căra pe Erich adultul. Din punct de vedere afectiv, Erich încă nu se simte în stare să stabilească un contact vizual cu EUL de bebeluş. EUL se simte singur şi părăsit şi are sentimentul că este inadecvat şi că este o „eroare" însă el nu vrea să se considere o eroare. Amândoi încep să plângă.

Erich se aşază acum lângă EUL său şi-i atinge uşor mâna. EUL vrea să fie ţinut, la fel ca un bebeluş, de degetul mare de la mâna dreaptă. Erich devine tot mai duios şi mai tandru faţă de EU şi, treptat, EUL dobândeşte sentimentul că stabileşte cu Erich o relaţie la nivelul inimii. Erich se relaxează tot mai mult în cadrul acestei relaţii, iar EULUI îi fac extraordinar de bine atingerile sale duioase. Acum şi EUL se poate relaxa. Astfel, pentru un timp, cei doi stau întinşi unul lângă altul într-o intimitate duioasă. Faptul că a intrat în această relaţie emoţionantă cu EUL său a fost suficient pentru Erich şi a însemnat un pas mare pentru el.

Indiferent prin ce simptome şi dureri încearcă inima noastră să ne atragă atenţia, nu este niciodată prea târziu să ne deschidem către propria noastră lume emoţională refulată şi clivată. Chiar şi atunci când am fost nevoiţi încă de la o vârstă fragedă să ne separăm de eul nostru, inima noastră ne indică acea cale vindecătoare, prin care eul nostru să-şi dezvolte identitatea, în cazul acesta putem duce o viaţă plină de iubire, centrată pe eu, în care există un loc pentru toate experienţele emoţionale ale poveştii noastre de viaţă. Atunci inima noastră va bate stabilind o bună relaţie cu noi înşine – pulsând cu vitalitate pentru noi şi pentru ceilalţi oameni.

Bibliografie

Morschitzky, H. & Sator, S. (2016): *Când sufletul*

vorbeşte prin corp. Bucureşti: Trei

Peters, M. (2014): *Gesundmacher Herz*. Kirchzarten: VAK

Porges, S.W. (2010): *Die Polyvagal-Theorie*. Paderborn, Junfermann

Ruppert, F. (2012 a): *Simbioză şi autonomie*. Bucureşti: Trei

Ruppert, F. (2012 b): *Trauma, Angst und Liebe*. München: Kösel

Sroka, K. (2006): *Herzinfarkt – Neue Wege*. Norderstedt: Books on Demand

Sroka, K. (2011): *Herzinfarkt vermeiden*. Tübingen: Psychosozial

Sroka, K (1987): *Herzkrank*. Hamburg: Rasch und Röhring

Van der Kolk, B. (2015): *Verkörperter Schrecken*. Lichtenau: G.P. Probst

Dagmar Strauss, n. 1962, este căsătorită, are trei fii adulţi, este medic naturist şi, începând din anul 1991, şi-a deschis propriul său cabinet particular. Între anii ’2009 şi 2012 a urmat cursuri de formare profesională în Somatic Experiencing, o metodă dezvoltată de Peter Levine. În 2010, 2012 şi 2013 a urmat cursuri de formare profesională cu Franz Ruppert în „terapia traumei psihice orientată către identitate” (TTPOI) şi în metoda constelării intenţiei; începând din anul 2012 conduce propriile şedinţe de grup, în care lucrează cu metoda constelaţiei. Între anii ’2015 şi 2017 a urmat cursuri de formare profesională în Modelul Relaţional Neuroafectiv (MIN) al lui Laurence Heller. În 2016 a urmat cursuri de formare profesională în psihoterapia ataşamentului, dezvoltată de Karl-Heinz Brisch.

www.lebenssinn-wandlung.de

EVELYN HÄHNEL

Alimentaţia, sistemul digestiv şi trauma

J

Alimentaţie, nutriţie, hrană

Găsirea, producerea şi procesarea hranei constituie una dintre principalele ocupaţii ale omenirii. Cine nu are nimic de mâncat şi de băut suferă de malnutriţie sau moare de foame şi de sete – lucru care se întâmplă zilnic în mii de cazuri din întreaga lume. 795 de milioane de oameni nu au suficientă mâncare, în fiecare an, mai mulţi oameni mor de foame decât de SIDA, malarie şi tuberculoză.44 Producţia industrială de alimente rezolvă doar parţial problema foametei şi a lipsei de apă şi generează, la rândul ei, noi provocări. În ţările industrializate şi în oraşele mari, oamenii devin supraponderali şi dezvoltă alergii alimentare. Chiar şi copiii mănâncă prea mult şi sunt prea graşi. Mult prea frecvent sunt consumate băuturi zaharoase şi băuturi alcoolice, considerându-se că potolesc setea, deşi provoacă simptome de intoxicaţie pentru întregul organism.

Manipularea genetică, iradierea alimentelor, aditivii chimici, potenţiatorii de aromă, introducerea unei cantităţi de zahăr tot mai mari în aproape toate produsele: alimentaţia a devenit o ştiinţă în sine (Pudel şi Westenhofer, 1998). Aceasta a dobândit multe cunoştinţe detaliate şi poate oferi autorităţilor statale şi persoanelor fizice sfaturi utile cu privire la cum ar trebui să ne raportăm în mod adecvat la mâncare. De exemplu, nu ar trebui să se mănânce noaptea, atunci când organismul este programat să digere. Există numeroşi consilieri care vor să ajute cu sugestiile lor, cu planurile lor de dietă şi, uneori, cu ideologiile lor nutriţionale. Însă acest lucru nu ne scuteşte pe niciunul dintre noi de responsabilitatea concretă de a găsi cea mai bună formă de alimentaţie zilnică pentru noi înşine sau pentru copiii noştri.

Masa luată împreună ne conectează. Aceasta se referă la masa luată în familie, la petrecerea de nuntă, la masa de Crăciun a companiei sau la banchetele oficiale. Obiceiurile alimentare (individuale sau determinate cultural) pot genera, de asemenea, disensiuni profunde, dacă tipul de alimentaţie este declarat ca fiind o

caracteristică a propriei identităţi religioase sau politice, iar cei care nu îl urmează sunt stigmatizaţi, fiind consideraţi „necredincioşi” sau trădători ai celor mai înalte valori comunitare. Dacă în urma conflictelor familiale starea de spirit din timpul mesei devine insuportabilă, nici cea mai bună mâncare nu mai are gust şi cade ca un bolovan în stomac.

Tractul digestiv

Gura, esofagul, stomacul, intestinul subţire şi intestinul gros sunt organele tractului digestiv. La acestea se adaugă ficatul, vezica biliară, splina şi pancreasul. Pe parcursul vieţii unui om în vârstă de 75 de ani, prin sistemul său digestiv trec, în cadrul unor interacţiuni fine, peste 30 de tone de alimente şi peste 50.000 de litri de lichide. Prima etapă a digestiei începe în gură, odată cu masticaţia. Până la anus, acolo unde resturile nedigerabile simt eliminate din corp, este un drum lung. Numai intestinul subţire, cu toate vilozităţile, protuberanţele şi pliurile sale, are o lungime de patru până la şase metri. Sarcina lui constă în sortarea delicată a alimentelor, împărţindu-le în ceea ce corpul poate asimila şi ceea ce el trimite ca materii reziduale în intestinul gros, pentru a fi eliminate.

Creierul din intestin

În sistemul digestiv milioane de substanţe chimice trebuie analizate, mii de toxine trebuie identificate şi făcute inofensive. Oamenii de ştiinţă vorbesc acum despre existenţa unui creier în intestin, care are peste 200 de milioane de celule nervoase şi care trebuie să îndeplinească toate aceste sarcini (Gershon, 2001). Din punct de vedere evolutiv, creierul din intestin este mult mai vechidecât creierul nostru propriu-zis. În creier nu există nicio zonă care să fie responsabilă de digestie. Intestinul funcţionează în mod independent. Aşadar, nu ne putem influenţa în mod conştient digestia, ci ea este controlată în special de procese inconştiente. Creierul este mereu informat, prin intermediul nervului vag, despre

ceea ce se întâmplă în intestin. Dacă apar probleme digestive pe o perioadă mai lungă de timp, este important ca persoana afectată să se ocupe de activitatea stomacului şi de cea a intestinului, analizând cauzele care se ascund în spatele acestor probleme. Pentru aceasta, ea necesită un eu sănătos şi o voinţă proprie.

Emoţiile resimţite în stomac şi stresul

„Îndrăgostirii au fluturi în stomac”. „Dragostea trece prin stomac”. „Unele lucruri le spunem din burtă”. O persoană anxioasă poate „să facă în pantaloni” de frică. Sistemul nostru digestiv reacţionează imediat la stările emoţionale şi poate fi dezechilibrat foarte repede. În situaţiile stresante şi atunci când simţim emoţii precum presiunea de a face performanţă, frică, furie sau tristeţe, şi intestinul va fi afectat. Iniţial are loc o *7 9 7 9 9*

dereglare a colonizării florei intestinale, adică echilibrul a peste 500 de tipuri de bacterii cunoscute este perturbat, având un efect negativ asupra digestiei (Enders, 2014).

Sub stres, nervul simpatic eliberează mai multă adrenalină, un hormon secretat de glanda medulosuprarenală, care măreşte ritmul cardiac şi tensiunea arterială, cu scopul de a alimenta corpul cu energie, astfel încât acesta să poată reacţiona rapid. Acest proces inhibă în acelaşi timp mişcările regulate ale tractului gastrointestinal. Stările permanente de stres şi inhibarea îndelungată a peristaltismului pot duce la apariţia unor tulburări digestive severe.

Digestia şi sistemul imunitar

80% din sistemul nostru imunitar este localizat în intestin. Bacteriile intestinale contribuie la dezvoltarea sănătoasă a sistemului imunitar. O parte a procesului de imunizare începe deja în pântecele mamei, prin intermediul placentei (Enders, 2014). Copiii care vin pe lume printr-o operaţie de cezariană au un sistem imunitar slăbit şi prezintă un risc crescut de a dezvolta alergii. Aceşti copii nu iau contact cu bacteriile vaginale ale

mamei, care contribuie la construirea sistemului imunitar. După naştere, sugarul primeşte anticorpi prin intermediul laptelui matern. Dacă nu este alăptat, el nu primeşte aceşti anticorpi. Ulterior, producţia proprie de anticorpi a sugarului este stimulată datorită faptului că el ia contact cu bacteriile şi cu agenţii patogeni din mediul înconjurător. Pentru dezvoltarea unui sistem imunitar sănătos calitatea şi prospeţimea alimentelor este crucială. Însă multe mame nu mai prepară mâncarea din alimente proaspete, astfel încât copiii lor nu învaţă să aibă o relaţie pozitivă cu hrana şi un comportament alimentar sănătos.

Vărsăturile, diareea şi constipaţia

Ceea ce ajunge în stomac trebuie digerat. Altfel stomacul nu are altă opţiune decât să trimită mâncarea înapoi în sus, ceea ce înseamnă a scuipa şi a vomita. Altminteri, după ce se amestecă cu sucul gastric, care conţine, printre altele, acid clorhidric care dezinfectează alimentele, mâncarea trece mai departe în intestinul subţire. Dacă intestinul subţire este supraîncărcat cu substanţe pe care nu le poate identifica, el devine suprasolidtat şi realizează o triere nesatisfăcătoare. Ne putem imagina ce se întâmplă în cazul acesta: unele substanţe utile sunt trimise mai departe pentru a fi eliminate, iar materiile reziduale simt păstrate în organism.

Intestinul poate fi considerat un organ care simbolizează fluxul vieţii noastre atât din punct de vedere material, cât şi din punct de vedere emoţional. El preia ceea ce noi sau alţii îi dăm să digere. El procesează toate acestea cât mai bine şi elimină substanţele nedigerabile. Dacă în acest sistem sunt introduse alimente cu valoare nutritivă scăzută sau chiar toxice, acest lucru poate duce, de asemenea, la perturbări ale funcţionării sale, aşa cum se întâmplă şi atunci când suntem expuşi permanent unor ameninţări psihice, cum ar fi, de exemplu, nesiguranţa din relaţia cu părinţii, cu partenerii sau cu propriii copii, pe care nu o putem „digera” Ulterior, ca urmare a acestei

influenţe negative, nu mai pot fi filtrate suficiente substanţe nutritive necesare propriei vieţi. Astfel rămân doar două posibilităţi: fie ele sunt eliminate imediat (diaree), fie simt reţinute prea mult în organism (constipaţie). Această lipsă a siguranţei afective este adesea şi o cauză a bolilor de piele, care reprezintă o altă încercare a organismului de a elimina materiile reziduale sau problemele. Organismul încearcă să elimine prin piele substanţele care nu pot fi digerate, pielea fiind un mare organ ce are funcţia de excreţie şi de delimitare a corpului faţă de mediul exterior.

Inflamaţiile, ulceraţiile gastrice, „cancerul” şi medicamentele

În cazul unei gastrite sau chiar al unui ulcer gastric se pune întrebarea de ce stomacul se simte atât de ameninţat încât produce prea mult acid. În medicina convenţională, bacteria Heliobacter pylori este considerată a fi responsabilă de aceste afecţiuni, deşi 50% dintre oameni o poartă în stomac. Aşadar, este o bacterie ce poate fi depistată la mulţi oameni care nu au nici ulcer gastric, nici alte afecţiuni ale stomacului.

În multe cazuri, ulcerul gastric are drept cauză experienţele violente. Un studiu realizat de Ministerul Federal pentru Familie (Germania) indică faptul că ulcerul gastric este pe locul trei în ceea ce priveşte consecinţele violenţei domestice, după problemele cardiovasculare şi durerile de cap.45 De cele mai multe ori, aceşti oameni trăiesc într-o relaţie abuzivă. Adesea, în special femeile, trăiesc într-o stare de alertă permanentă şi îşi controlează la maximum comportamentul, pentru a nu-şi mai supăra părinţii sau partenerul.

În cazul inflamaţiilor acute şi cronice, adesea se administrează cortizon. Din păcate, cine ia cortizon la fiecare inflamaţie trebuie să ţină seama de numeroasele sale efecte secundare asupra sistemului digestiv, cum ar fi, de exemplu:

Inhibarea producţiei de mucus gastric, ceea ce poate

duce la dureri de stomac şi la inflamaţii ale mucoasei gastrice;

creşterea nivelului de zahăr din sânge, care poate duce la diabet;

creşterea tensiunii arteriale;

creşterea în greutate;

retenţia de apă în ţesuturi.

Persoanele care prezintă un risc crescut de a dezvolta un ulcer gastric sunt persoanele care iau în mod regulat medicamente analgezice şi antiinflamatorii. În cazul acesta, probabilitatea de a dezvolta un ulcer gastric creşte de patru ori. „Boala Crohn”, o boală inflamatorie cronică a tractului gastrointestinal, poate afecta orice segment de la esofag până la anus. Această boală este tratată practic întotdeauna cu cortizon, atunci când se manifestă puseurile. Ea apare în special la persoanele cu vârste cuprinse între 15 şi 35 de ani şi provoacă, în acelaşi timp, constipaţie şi diaree.

Orice medicament influenţează ceea ce se întâmplă în intestinul nostru. Adesea, aceste medicamente (de exemplu, antibioticele, analgezicele, beta-blocantele, hormonii etc.) sunt luate împreună cu alimente precum laptele, carnea, peştele şi ouăle provenite din producţia în masă. Astfel, cine îşi suprimă cu antibiotice activitatea sistemului său imunitar în timpul unei gripe nu face decât să crească extrem de mult numărul bacteriilor nesănătoase din intestin. Antidepresivele şi somniferele provoacă şi ele tulburări digestive. Toate acestea conduc la un cerc vicios al unei dependenţe tot mai mari de medicamente. Şi, cu fiecare pastilă administrată, sunt combătute şi totodată generate noi simptome şi efecte secundare.

Eu suspectez şi faptul că există o legătură între diferitele forme de „cancer” ale tractului digestiv şi dinamica agresor-victimă în care simt blocate persoanele afectate. Agresorul se află deja „în intestinele” unei persoane şi nu poate fi lăsat să plece. Aşa se întâmplă, printre altele, în cazul unei traume de sexualitate, în care o

parte traumatizată a fiicei continuă să fie ataşată emoţional de tatăl ei, care a violat-o în copilărie. Tatăl ei se află „în stomacul” ei, iar ea poate să vomite oricât de mult doreşte. El nu va dispărea de acolo în felul acesta.

Digestia şi ataşamentul matern

În timpul dezvoltării embrionare, intestinul este unul dintre primele organe care se dezvoltă. Deja în cea de-a treia lună de sarcină, copilul nenăscut are un tract digestiv complet. Acesta reacţionează la relaţia emoţională cu mama şi, încă din acest stadiu, este deosebit de vulnerabil la relaţiile emoţionale perturbate (Brisch, 2014, Ruppert, 2014). După naştere, laptele matern este prima hrană pe care copilul o primeşte. Însă, atunci când relaţia dintre mamă şi copil este perturbată ca urmare a unei traume timpurii (care este provocată, de exemplu, de medicamente, droguri, alcool, violenţă, respingere, o tentativă de avort sau chiar numai gândurile legate de acesta), se poate întâmpla ca bebeluşul să nu tolereze sau să respingă în mod inconştient laptele matern. Hrănirea cu „alimente pentru bebeluşi”, care sunt îmbogăţite cu substanţe chimice de procesare şi cu conservanţi, poate provoca o sensibilitate crescută şi o intoleranţă la alimente ce poate dura toată viaţa. De fapt, intoleranţele alimentare – cum ar fi intoleranţa la gluten, la fructoză şi la lactoză, celiachia şi boala celiacă ce apare la adulţi – pot avea drept cauză faptul că bebeluşul nu-şi tolerează mama: propria mamă este „nedigerabilă” pentru copil, deşi ataşamentul faţă de ea este necesar pentru supravieţuirea lui.

Trauma provocată de relaţia cu mama mea

Una dintre traumele mele a început să se petreacă deja după şase săptămâni de la naşterea mea. Asta s-a întâmplat în perioada alăptării şi în timpul concediului de maternitate legal din anii ’60. Atunci, mama mea m-a dat dintr-odată la o creşă, pentru ca ea să poată merge din nou la serviciu. Persoanele care mă îngrijeau şi alimentaţia mea au fost înlocuite brusc. Acest lucru a însemnat o

schimbare uriaşă pentru mine, căreia aproape că nu i-am putut face faţă! Iată ce mi s-a relatat mai târziu: într-o zi, îngrijitoarele de la această creşă au luat-o pe mama deoparte şi i-au spus că de acum înainte nu mai pot garanta pentru viaţa mea. Nu mai mâncam nimic sau nu mai asimilam niciun fel de mâncare. Mă cufundam tot mai mult într-o stare de încremenire, „mă subţiam tot mai mult" şi păream lipsită de viaţă. Ele au sfătuit-o să mă ia acasă şi să mă îngrijească ea însăşi, pentru a-mi recăpăta vitalitatea. Ceea ce, din fericire, mama mea a şi făcut. Acest episod traumatizant mi-a servit de-a lungul întregii mele copilării pentru a-mi dovedi mie însămi faptul că, încă de mic copil, mi-am impus voinţa şi mi-am şantajat părinţii. În felul acesta, m-am transformat din victimă în agresor!

Această ameninţare timpurie a vieţii mele, cauzată de separarea de mama şi de perturbarea ataşamentului faţă de ea, m-a afectat mereu. În copilărie mi-a fost întotdeauna frică să nu fiu abandonată de mama. Lucru care s-a şi întâmplat mereu, deoarece, din cauza propriilor ei traume masive, ea a petrecut, în repetate rânduri, mult timp în spitale şi sanatorii. Chiar şi astăzi, când sunt adult, am nevoie de extrem de multă încredere şi siguranţă pentru a mă putea apropia şi ataşa de cineva. Simt mereu neîncrezătoare atunci când stabilesc noi relaţii.

Nevoile copilului

Copiii dobândesc foarte repede „dureri de burtă", reacţionează imediat la dezechilibrul apărut în corpul lor. Ei simt imediat lipsa emoţiilor sau prezenţa lor în exces. Ei simt dacă sunt părăsiţi, suferă din cauza lipsei iubirii sau le este teamă că mama nu-i bagă în seamă ori că nu au propriul lor spaţiu, deoarece mama îi „striveşte".

După părerea mea, încă din copilărie se pun bazele problemelor pe care le avem cu sistemul nostru digestiv. Acestea sunt cauzate de toate situaţiile în care nu am fost băgaţi în seamă, nu am primit suficientă atenţie sau nu am fost consolaţi şi iubiţi suficient. Situaţii în care am fost hrăniţi în grabă sau în care a trebuit să aşteptăm uneori

prea mult până când am primit mâncare şi care ulterior au fost asociate cu mâncatul pe fond de stres.

Părinţilor le place să le spună copiilor lor că au fost nişte copii doriţi, însă nu reuşesc să satisfacă nevoile afective fundamentale ale acestora. Realitatea demonstrează faptul că mâncarea este folosită adesea drept consolare, pentru a-l calma pe copil. Nevoile emoţionale de contact fizic sunt compensate cu un plus de hrană. Mai târziu, mâncarea va fi considerată drept substitut pentru afecţiune.

„Diabetul zaharat”.

Într-o constelaţie realizată în cabinetul meu particular, un client diagnosticat cu „diabet zaharat de tip 2” a descoperit că BOALA să mă o parte supravieţuitoare puternică. El avea iluzia că se poate controla cu ajutorul ei. În copilărie el a fost complet izolat, nu a avut nicio relaţie de ataşament şi nimeni nu a fost alături de el. Şi-a petrecut viaţa într-o cămăruţă, lipsit de orice îngrijire. De asemenea, nu şi-a putut dezvolta niciodată un eu propriu. Când în timpul realizării constelaţiei a ieşit la iveală faptul că o parte traumatizată a fost iniţiatoarea dinamicii acestui „diabet zaharat”, a vrut imediat să intre în contact cu această parte. Însă partea traumatizată s-a dat înfricoşată înapoi. Fiind puţin ofensat, clientul a spus că această parte nu-l doreşte şi şi-a pierdut imediat interesul faţă de ea.

În timpul discuţiei ce a urmat, el a recunoscut faptul că acest scenariu era un tipar repetitiv în viaţa sa. Faptul că nu reuşise să stabilească acel contact a însemnat pentru el că dulciurile deveniseră un substitut şi un mijloc de calmare, care îl făceau să nu simtă durerea şi teama cauzate de faptul că fusese neglijat în copilărie. Aceste sentimente au fost refulate în adâncul inconştientului, iar dulciurile ascundeau nevoia sa de a stabili im contact plin de afecţiune. Potrivit unui raport OMS din anul 2014, în ultimii 35 de ani numărul cazurilor de diabet a crescut de patru ori. La nivel mondial există 422 de milioane de oameni care suferă de această boală.46

Traumele suferite în copilărie

Când copiii sunt respinşi, conştient sau inconştient, când nu corespund aşteptărilor părinţilor lor, când fac eforturi pentru a satisface dorinţele acestora, când trebuie să ofere sprijin părinţilor traumatizaţi, când au parte de violenţă şi de agresiuni sexuale, atunci de obicei este perturbat şi comportamentul lor alimentar şi au probleme cu sistemul lor digestiv. Violenţa verbală, tăcerea, minciunile, faptul de a se comporta ca şi când totul este în regulă, întreruperea contactului – asemenea comportamente îi dezorientează pe copii, deoarece nu-i lămuresc cu privire la ce este corect şi ce nu. În ciuda aparenţelor, contactul cu părinţii nu există în realitate, ceea ce îi „înfometează" pe copii din punct de vedere afectiv. Dacă în timpul mesei părinţii se comportă ca şi când totul este în regulă, nu e de mirare că copiii fie îşi pierd pofta de mâncare, fie, din cauza suferinţei, se cufundă în ei înşişi mai mult decât este necesar.

De la adaptare la renunţarea de sine

Ca urmare a experienţelor traumatice care au drept cauză abuzurile emoţionale, care simt nişte strategii de supravieţuire ale mamei sau ale tatălui, copiii nu sunt capabili să-şi dezvolte un eu propriu. În cazul acesta ei sunt acceptaţi doar pentru faptul că-şi sprijină mama sau tatăl, respectiv le sunt alături, pentru ca aceştia să-şi poată suporta propria lor viaţă. Asemenea copii fac totul pentru părinţii lor, mergând până la renunţarea totală de sine, în speranţa că vor obţine totuşi dragoste din partea lor. Ei simt în mod inconştient că nu au niciun drept la viaţă. Ei învaţă că felul lor de a fi nu este în regulă. Căci altminteri de ce să-i fi abandonat mama lor, de ce să-i fi bătut sau să nu-i fi protejat în faţa violenţei tatălui?

Foarte mulţi copii cuminţi sunt crescuţi în aşa fel încât stau la dispoziţia părinţilor şi nu-şi pot dezvolta propriile lor nevoi. A fi cuminte înseamnă a mânca tot ceea ce se pune pe masă. Dacă totuşi copiii ridică pretenţii, sunt pedepsiţi pentru asta! Copiii trebuie să înveţe să fie

recunoscători, să fie cumpătaţi şi să se trădeze pe sine, pentru ca relaţia cu părinţii să poată continua să existe. Toate acestea duc la o disponibilitate crescută de a se adapta, la apariţia facilă a sentimentelor de vinovăţie, la dorinţa de a le face tuturor pe plac, de a se pune pe sine pe ultimul loc, la perturbarea relaţiilor emoţionale şi la simptome fizice al aparatului digestiv.

Dacă aceste forme de abuz emoţional se repetă mereu, acest lucru poate duce la tulburări masive la nivelul funcţiei digestive. În cazul acesta, copiii suferă, de exemplu, de vărsături şi de diaree, deoarece ei percep în mod inconştient aceste relaţii ca pe o „intoxicaţie” Atât timp cât relaţia cu părinţii continuă să existe, ea funcţionează ca o traumă care se repetă încontinuu. În cadrul structurilor deja formate se produc mereu aceleaşi răni. Din păcate, multor copii le este greu să pună capăt acestei situaţii. Simţul datoriei, remuşcările, sentimentele de ostilitate şi manipularea bine intenţionată din partea rudelor şi prietenilor îi împiedică să facă acest lucru. Iar o relaţie nesănătoasă li se pare a fi totuşi mai bună decât absenţa totală a unei relaţii.

Lipsa unui sentiment al propriei vitalităţi este o experienţă foarte profundă. Ea poate deveni o problemă de viaţă care se ascunde în spatele diagnosticelor unor boli, precum „anorexia”, „bulimia” sau „obezitatea”. Pentru ca aceste forme extreme de refuz alimentar, respectiv de ingerare şi eliminare necontrolată a alimentelor să se poată dezvolta, de obicei, pe lângă „trauma de identitate” şi „trauma de iubire” se produc şi traume de sexualitate (Ruppert, 2014).

Dezvoltarea eu lui

Atât timp cât o persoană nu este conştientă că are asemenea tipare relaţionale, este foarte probabil ca ea să le repete în cadrul unor noi interacţiuni. În cazul acesta, şi noile interacţiuni acţionează ca o retraumatizare şi, adesea, aceste experienţe mereu frustrante duc la izolarea propriei persoane. În cadrul terapiei, persoanele care

poartă în interiorul lor asemenea părţi traumatizate din perioada copilăriei trebuie să-şi dezvolte un eu propriu sănătos şi să ia o decizie: să înceapă să-şi trăiască propria viaţă şi să nu se mai supună strategiilor de supravieţuire ale celorlalţi; să-şi ia în serios propriul eu şi să aibă grijă de ele însele, chiar şi cu riscul de a se îndepărta, în felul acesta, de cei ce le erau apropiaţi până atunci. Acesta este un proces revoluţionar şi adesea dureros. Trebuie să ne asumăm responsabilitatea pentru noi înşine, lucru care adesea nu este atât de uşor de realizat. Totuşi, putem să ne dezvoltăm treptat eul nostru sănătos, pentru a deveni independenţi şi a ne schimba în sens pozitiv comportamentele autodistructive. Căci cât de des nu ni se întâmplă să tăcem atunci când ar trebui să spunem ceva, doar de dragul păstrării armoniei? De câte ori nu ne este teamă să ne adâncim în sentimente pe care nu vrem să le simţim, deoarece simt dureroase? Cât de des ne refugiem în interiorul nostru, deoarece nu mai putem suporta? De câte ori nu dorim să avem un sentiment de apartenenţă şi de câte ori nu ajungem să ne supunem unor reguli stabilite de către alţii? Şi câte alte lucruri din vieţile noastre ni se par încă de nedigerat?

În terapia traumei psihice orientată către identitate aceste aspecte simt clarificate, înţelese şi simţite. Această triadă pătrunde în toate straturile şi celulele fiinţei noastre – cu consecinţe pe termen lung. Persoana care are o biografie traumatică ajunge, în terapie, tot mai mult la sinele său, la eul său originar şi, treptat, poate începe să meargă pe o cale autonomă şi sănătoasă.

Începem să fim sinceri cu noi înşine. Începem să ne respectăm şi să ne iubim pe noi înşine. Începem să acordăm atenţie părţilor clivate ale copiilor din interiorul nostru şi sentimentelor lor „îngheţate”; începem să le reintegrăm în noi. Niciodată nu este prea târziu să te autoexplorezi şi să dobândeşti tot mai multă încredere în tine. Ne decidem astfel să ne dezvoltăm o autonomie interioară, care nu creează dependenţe reciproce în

relaţiile noastre, ci stimulează capacitatea de a da şi a lua într-un mod sănătos. Atunci putem transmite mai departe această responsabilitate pentru sine, cu scopul de a-i ajuta pe copii şi pe oameni să se dezvolte liber în interiorul graniţelor lor protectoare. Finalitatea este ca aceştia să-şi poată percepe eul lor sănătos şi să-l dezvolte cu ajutorul propriei lor voinţe.

În încheiere prezint un studiu de caz, în care temele principale descrise în acest capitol devin evidente.

Renunţarea la lupta cu hrănirea şi digestia

Monica are 51 de ani şi trăieşte singură. Ea are un frate mai mic cu doi ani, cu care nu prea ţine legătura. Tatăl ei a murit în urmă cu 13 ani. Mama ei încă trăieşte şi, din cauza stării ei de neputinţă, Monica trebuie mereu să aibă grijă de ea. De când se ştie, Monica trăieşte „la limita supravieţuirii" – din punct de vedere financiar are resurse atât cât să poată supravieţui. Îi este foarte frică să nu se îmbolnăvească grav şi să nu moară, înainte de a veni ea pe lume şi după naşterea fratelui său, mama sa a avut o sarcină extrauterină. Monica are adeseori blocaje digestive însoţite de balonări dureroase. Din punctul de vedere al medicinei convenţionale, în intestinul ei a fost diagnosticată prezenţa unor „diverticule" – nişte protuberanţe care apar la nivelul peretelui intestinal şi în care se blochează materia fecală.

Prima intenţie a Monicăi sună în felul următor: „Aş vrea ca digestia mea să mă servească într-un mod paşnic şi relaxat". Ea alege mai întâi cuvântul DIGESTIE şi, imediat, reprezentanta acestui cuvânt spune că ea nu vrea să servească, ci vrea să convieţuiască. Monica se împotriveşte şi nu vrea să fie nevoită să se ocupe şi de această problemă. Drept urmare, DIGESTIA se retrage, simţindu-se rănită. Monica însăşi se simte o victimă şi este copleşită de situaţia în care se află acum în calitate de agresor.

Brusc, în interiorul Monicăi apare o parte puternică şi furioasă a agresorului: vrea să lovească pe cineva cu piciorul şi vrea ca cineva să plătească şi să sufere pentru

ceea ce i s-a făcut: pentru faptul că nu a avut o copilărie, că a fost mereu singură şi că a trebuit să o servească pe mama sa. DIGESTIEI i se face teamă de ea, iar Monica se sperie, fiind surprinsă de forţa părţii ei distructive.

Monica povesteşte acum că s-a simţit permanent copleşită de pretenţiile mamei sale şi ale altor rude. Ea nu poate filtra acest amestec ciudat de sentimente şi detestă tiparul potrivit căruia a trebuit mereu să servească, să fie permanent dispusă să satisfacă nevoile celorlalţi. Relaţia dintre DIGESTIE şi ea devine acum mai apropiată şi mai plină de înţelegere.

Următoarea sintagmă, SĂ SERVEASCĂ, se dovedeşte a fi bunica din partea mamei, care a fost o femeie puternică cu o mare forţă de atracţie. O femeie dominatoare, pe care Monica încă o admiră în secret şi-i acordă toată consideraţia, deşi ea este moartă deja de 15 ani. Pe parcursul discuţiei Monica îşi dă seama că trebuie să se decidă între bunica ei şi DIGESTIE, ca să creeze condiţiile pentru a se putea ocupa de ea însăşi.

După trei săptămâni Monica vine din nou la cabinet. Ea a devenit mai atentă în ceea ce priveşte alimentaţia şi mănâncă ceva mai puţine dulciuri. Calitatea digestiei alternează între „bună” şi „moderată”. Noua ei intenţie sună în felul următor: „Vreau să-l întreb pe stomacul meu ce anume îl apasă”. Începe cu cuvântul STOMAC, pe care însă nu-l poate identifica drept al ei. Ca urmare, STOMACUL se simte respins. Pentru un scurt moment, ambele participante cred că situaţia clivajului dintre agresor şi victimă din prima constelaţie se repetă. Însă nu se creează nicio situaţie dramatică.

Următorul cuvânt, MEU, reprezintă o parte importantă, monopolizatoare a sistemului ei familial şi de rudenie, în care ea nu este văzută ca persoană. Aici nu există niciun lucru personal, ea este copleşită de nevoile celorlalţi. Lucrurile presupuse a fi personale aparţin celorlalţi. Monica îşi pune următoarea întrebare: ce este şi ce nu este al meu? Dacă ceva ajunge în stomac, acolo nu

mai poate fi identificat şi sortat. Trebuie să fie digerat, deoarece există deja în interiorul ei. Ea recunoaşte că este necesar să sorteze dinainte lucrurile, atât din punct de vedere psihic, cât şi fizic. Altfel, îi vor crea şi pe mai departe aceleaşi probleme.

Alege apoi cuvântul APASĂ. Reprezentantul acestui cuvânt stă ca un monument în faţa ei, cerându-i să facă mai întâi o distincţie exactă între lucrurile pe care le ingerează. Căci altminteri există pericolul să respingă nu doar lucrurile străine, ci şi pe cele proprii. Şi atunci nu va mai exista nimic care să o hrănească.

După două săptămâni Monica vine din nou la cabinet. Ea spune că digestia ei a devenit „mai paşnică şi mai uşoară”. Nu mai înfulecă cu atâta lăcomie, nu-şi mai înghite atât de mult furia şi mănâncă mult mai puţine dulciuri. În general, ea este mai atentă şi mai empatică faţă de ea însăşi. Noua ei intenţie este următoarea: „Eu nu vreau să mai înghit nimic străin”. Începe cu cuvântul NIMIC. Acesta reprezintă o parte care de fapt nu există şi pe care ea nici nu o cunoaşte. Din nou Monica simte că nu vrea să se ocupe de această problemă. Lucrurile STRĂINE îi simt mai familiare decât cele proprii. EU şi VREAU nu au niciun contact unul cu altul, de fapt, toate sunt părţi care au relativ puţin contact unele cu altele. Totuşi, VREAU ştie că are o posibilitate de alegere. Acest lucru o liniștește vizibil pe Monica. Ea vrea să dezvolte sentimentul că poate alege în mod autonom.

Trec câteva săptămâni până când Monica vine din nou la cabinet. Ea spune că digeră mai bine, adică „iese mai uşor afară”. Când se simte rău, şi comportamentul ei alimentar se înrăutăţeşte. În general, sistemul ei digestiv sortează mai bine alimentele pe care le ingerează. Uneori are senzaţia că în intestinul ei are loc un război. Noua ei intenţie este următoarea: „Ce mă apasă în zona rectală?”

MĂ este relativ indiferent, însă vrea să încorporeze ZONA RECTALĂ, care i s-a alăturat. Aceasta se ascunde sub o pătură şi nu vrea să stabilească niciun contact.

Spune că i s-a întâmplat ceva. Cuvântul APASĂ este o mică parte traumatizată care nu stabileşte niciun contact şi care, în neputinţa sa, i se alătură sub pătură ZONEI RECTALE. De cealaltă parte se află în Nici el nu stabileşte niciun contact şi simte foarte multă furie în interiorul său, la care se adaugă imagini referitoare la abuz şi la contactul sexual anal. CE simte, pe rând, frică şi compasiune faţă de diferitele părţi ale Monicăi. La sfârşit vine SEMNUL ÎNTREBĂRII, care este absolut copleşit de informaţia potrivit căreia mama Monicăi a avut o sarcină extrauterină înainte ca ea să se nască şi alta după naşterea fratelui ei mai mic. Ea recunoaşte clivajul din interiorul Monicăi şi zăboveşte un timp între părţile clivate.

Există puţin contact sau nu există nicio legătură între diferitele părţi. Asta înseamnă că nu există încă un eu stabil care să poată coordona psihicul şi corpul. Acest lucru se reflectă şi în propoziţia care conţine intenţia Monicăi şi în care nu apare cuvântul EU. Problema din spatele traumei de sexualitate poate ieşi la iveală abia atunci când părţile asociate cu ea vor avea încrederea necesară pentru a se putea manifesta. Acest lucru este posibil numai dacă există un eu sănătos. Până atunci domneşte furia ca strategie de supravieţuire, care clivează sentimentele traumatice ce sunt depozitate în rect. Dacă acestea vor să fie observate şi recunoscute ca fiind adevărate, ele trebuie să se manifeste prin senzaţii de apăsare.

Până acum, Monica a lucrat deja cu „trauma ei de identitate” şi cu „trauma de iubire” „Trauma de sexualitate” încă mai aşteaptă să fie recunoscută şi acceptată de ea.

Bibliografie

Brisch, K.H. (2014): *Säuglingsund Kleinkindalter*. Stuttgart: Klett-Cotta

Enders, G. (2014): *Darm mit Charme*. Berlin: Ullstein

Gershon, M. (2001): *Der kluge Bauch*. München: Goldmann

Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1998): *Ernährungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe

Ruppert, F. (2012): *Trauma, Angst und Liebe*. München: Kösel

Ruppert, F. (ed.) (2014): *Frühes Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta

Evelyn Hähnel, decedată în 2017, a fost, începând cu anul 2014, medic naturist şi a avut propriul său cabinet particular. A lucrat cu terapia traumei psihice şi a identităţii, cu terapia corporală promovată de medicina tradiţională chineză, a predat cursuri de yoga şi a făcut consiliere nutriţională. Începând din anul 2000 a urmat cursuri de formare profesională în terapia şi teoria traumei psihice orientate către identitate, dezvoltată de prof. dr. Franz Ruppert. Începând din anul 2007 a condus propriile grupuri de terapie şi grupuri pentru „întâlnirea cu sine”, iar din 2015 până în 2017 a condus seminalii de formare profesională împreună cu Franz Ruppert în Bilbao, Spania.

BEATE HERRMANN

Constipaţia severă

Dificultăţi cu eliminarea scaunului încă din copilărie încă de când eram copil sufăr de o constipaţie severă, care adesea este atât de gravă, încât nu pot avea scaun timp de patru până la şase zile. Când are loc eliminarea, ea survine brusc, indiferent unde mă aflu. Şi, când începe, nu se mai opreşte. Acest lucru este foarte dificil pentru mine, deoarece atunci când apar crampele nu mă aflu întotdeauna acasă. Apoi sufăr întreaga zi din cauza epuizării fizice şi psihice.

Până în urmă cu trei ani am refulat cu succes problema mea cu constipaţia, spunându-mi că, oricum, este o problemă caracteristică femeilor. Şi mama mea suferă de constipaţie, aşadar, este o problemă ereditară. Nu am căutat niciodată să aflu de ce eram constipată. În familia noastră, a fi constipat era ceva „normal”. Diversele vizite la medic mi-au confirmat faptul că problema mea era specifică femeilor şi era ereditară, astfel încât pentru mine

cauza era clară. Odată cu trecerea anilor constipaţia mea a devenit tot mai îndelungată şi mai imprevizibilă. Uneori aveam un scaun normal timp de trei până la patru luni, apoi iar făceam o constipaţie severă timp de cinci până la opt zile. Nu mi-a venit ideea să intru eu însămi în rezonanţă cu simptomele mele fizice.

Datorită unui rol de reprezentant pe care l-am jucat în cadrul unor cursuri de formare profesională pe care le-am făcut în anul 2014 cu Franz Ruppert (eu reprezentam cuvântul STAGNARE), am conştientizat faptul că materiile din intestinului meu stagnau, nu înaintau, deoarece ceva le oprea. Nu făceam niciun progres în rolul meu de reprezentant, încercam din toate puterile, dar nu aveam nicio şansă să pun lucrurile în mişcare. Ceva mă bloca în timpul realizării constelaţiei. Într-una dintre reprezentantele din acea constelaţie am văzut-o clar pe mama mea. Vedeam cum propria mea mamă stătea în faţa mea şi-mi cerea să am grijă de ea.

„Aş vrea să aud ce vrea să-mi spună digestia mea”.

Ei bine, acum ştiam că intestinul meu avea probabil ceva de-a face cu mama mea. Însă în ceea ce priveşte suferinţa mea, nu se schimbase nimic. Chinurile digestiei mele au continuat şi m-am bucurat când, într-o zi, pe când eram la un seminar, în primăvara anului 2015, am reuşit să intru în rezonanţă cu propoziţia ce exprima intenţia mea: „Aş vrea să aud ce vrea să-mi spună digestia mea”. Scopul meu era să analizez problema mai îndeaproape şi să aflu ce are să-mi spună digestia mea. În cadrul acestei „întâlniri cu sine”, toate cuvintele au fost foarte active. Vorbeau de-a valma, alergau încolo şi încoace şi ţipau. Un adevărat balamuc! DIGESTIA şi cu mine (Beate) eram mereu extrem de rigide, nemişcate, de parcă eram din beton. Reprezentanta EULUI meu a dispărut, s-a ascuns în colţul camerei şi era foarte liniştită. La început nu mi-am observat deloc EUL şi nici măcar nu i-am simţit lipsa. Atenţia mea era îndreptată 100% în exterior, către celelalte cuvinte. Eram atât de preocupată să le coordonez,

să le organizez, să le controlez, să le ascult, încercând să le înţeleg pe toate, încât nu am perceput nici propria mea persoană, nici DIGESTIA şi, în plus, nu am avut niciun contact cu EUL meu. Să rezist până când toate se calmează – acesta era motoul meu –, să rezist, doar să rezist. M-am recunoscut pe mine însămi pe vremea când eram copil, mi-am văzut apoi şi EUL, cum se ghemuia, intimidat şi neajutorat, într-un colţ. În această nebunie, care-mi era familiară, am început să am din ce în ce mai multe dureri groaznice de cap şi de burtă. Am simţit în interiorul meu cum intestinul meu subţire se contracta, l-am ignorat, ca de obicei, încercând să mă orientez mai departe în acea nebunie care parcă nu se mai sfârşea.

DIGESTIA mi-a spus apoi: „Nu este deloc vorba despre mine! Tu voiai ca eu să-ţi spun ceva! Nu te uiţi la mine, mă ignori, familia ta îţi distrage atenţia de la tine”. Nu a existat niciun progres pentru mine în această „întâlnire cu sine”! Nu am avut nicio şansă să ajung la EUL meu. Distanţa era uriaşă. Apoi am văzut întreaga reeditate din cadrul familiei mele, aşa cum era ea! Ceea ce a ieşit la iveală era adevărat. Singurul lucru pe care l-am putut face în familie a fost „să stau liniştită, să rezist, să îndur, să nu mă mişc prea mult, să mă retrag”. Am reţinut propoziţia „Familia ta îţi distrage atenţia de la tine”, fiind bucuroasă că mi-am dat seama de acest lucru.

Scaun regulat până când…

La scurt timp după această constelaţie de tipul „întâlnirii cu sine”, constipaţia a trecut şi am început să am un scaun regulat. Pentru prima oară m-am simţit mai liberă şi mai mobilă. După patru luni am început să am remuşcări că nu m-am mai ocupat de mama de atâta timp. După constelaţia din 2014 (când am jucat un rol de reprezentant), am întrerupt orice contact cu ea şi cu fraţii mei. Acest lucru mi-a făcut bine şi totodată m-a şi, *9 9 9*

durut. Sentimentul meu de „neapartenenţă” era, în funcţie de starea mea de spirit din ziua respectivă, mai mult sau mai puţin suportabil. Întrucât ulterior nevoia de

„apartenenţă” a biruit, în cele din urmă m-am dus totuşi la mama mea.

Ca urmare a diagnosticelor ei psihiatrice şi a episoadelor ei de schizofrenie, ea trăia într-un azil de bătrâni şi avea nevoie de îngrijire permanentă, pe care noi, copiii ei şi partenerul ei de viaţă, nu i-o mai puteam asigura. Nu am stat cu mama mea nici două ore că mi-au apărut aceleaşi simptome pe care le-am avut în timpul „întâlnirii cu sine” Intestinul meu subţire s-a contractat din nou, iar capul *a* început să mă doară. M-am întristat. Întrucât acum puteam să relaţionez cu mine însămi într-un mod mai conştient, am încercat să intru din nou în contact cu eul meu. Aşa mi-am dat seama că nici de data aceasta nu era vorba despre mine. M-am retras din nou complet – şi, drept consecinţă, după vizita la mama mea am avut o constipaţie severă timp de nouă zile!

În timpul defecaţiei cu dureri şi crampe, mi-am amintit de prima mea „întâlnire cu sine”. Mi-am dat seama că, în relaţia cu mama mea, am încercat, până la epuizare, să o slujesc, să-i îndeplinesc toate cerinţele posibile, să fiu pentru ea prezentă din punct de vedere emoţional, financiar şi material. Drept urmare, eul meu dispărea atunci când mă aflam în contact cu mama mea şi mă cufundam în experienţele ei traumatice. Acest fapt m-a durut extrem de mult atât din punct de vedere fizic, cât şi emoţional. Pentru mine a devenit tot mai clar faptul că, în relaţia cu mama mea, nu aveam nicio şansă să-mi dezvolt un eu propriu şi că îmi impusesem, mie şi corpului meu, să fac ceva imposibil de realizat. Am vrut să fac mereu totul pentru mama, să fiu mamă pentru mama mea. Cât despre mine, mi-am reţinut pornirile vitale, aşa cum s-a întâmplat şi cu conţinutul intestinului meu. Am simţit clar că în interiorul meu există două părţi: micuţa Beate, care tânjeşte după mamă şi după contactul cu ea, şi Beate cea mare, care trăieşte în „acum”. Cele două nici n-ar fi putut fi mai diferite.

Tristeţea şi durerea cauzată de pierderea familiei

Mă apropiasem puţin mai mult de mine însămi şi de eul meu, aşa cum mi-am dorit. Însă aveam sentimentul că-mi pierdusem familia. După un an, în care am făcut câteva constelaţii, mi-am dat seama că nu avusesem niciodată cu adevărat o familie. Încă de pe vremea când eram în pântecele mamei nu am putut construi o relaţie de ataşament cu ea. Ea nu a fost niciodată prezentă din punct de vedere emoţional. Când a trebuit la un moment dat se ocupe de mine, s-a purtat faţă de mine într-un mod ofensator, agresiv şi depreciativ. A proiectat asupra mea furia pe care o resimţea faţă de propria ei mamă. Am suportat acest lucru în toţi aceşti ani cu resemnare şi am renunţat mereu să mă protejez pe mine însămi. Nu mi-am dat seama ce mi-au făcut mama mea, tatăl meu şi fraţii mei. Am tânjit neîncetat după o relaţie, indiferent sub ce formă ar fi fost ea.

Abia când am început să lucrez cu metoda lui Franz Ruppert, pe care l-am cunoscut în anul 2009, am înţeles situaţia mea. Au urmat alte „întâlniri cu sine” şi am continuat să lucrez cu problema legată de digestie. Am început să simt şi să înţeleg tot mai bine situaţia mea. Am simţit cât de grav a fost pentru mine să nu

am o mamă. Vreau să am o relaţie cu mama mea, însă trebuie să renunţ la acest lucru, deoarece este insuportabil de dureros pentru mine. Pentru a supravieţui, a trebuit să mă clivez mereu, până când nu a mai rămas aproape nimic din eul meu.

Mama mea era bolnavă psihic, fiind traumatizată din cauza războiului, şi şi-a petrecut jumătate din viaţă într-un spital de psihiatrie. În relaţia cu familia mea, totul este stupid şi absurd. De îndată ce familia mea „bătea din palme”, săream imediat şi ofeream din nou totul. După aceea eram complet epuizată, deoarece contactul cu ei nu-mi făcea bine. „Acceptă toate acestea şi vei avea o familie – descoperă-ţi eul şi o vei părăsi”. Toate aceste lucruri m-au făcut să mă constip!

Cu cât mă regăseam mai mult, cu atât mai mult eram

considerată în familia mea ca fiind cea rea, cea distantă, cea dură, căreia nu-i pasă de nimeni, ci este doar o egoistă. Eram asaltată de o mulţime de pretenţii, reproşuri şi acuzaţii. Nimeni nu voia să mă asculte şi să înţeleagă de ce nu puteam menţine contactul cu ei. Pentru mine era foarte dificil să nu-mi mai clivez eul şi să nu mai cedez în faţa pretenţiilor familiei mele. Mi-am repetat mereu că trebuie să renunţ la familia mea. Nu eu, ci ei sunt agresorii!

O decizie în favoarea mea

Am luat o decizie în favoarea mea şi am acceptat tristeţea şi durerea cauzate de pierderea familiei mele. „Să rămân neclintită, să nu mă mai las distrasă, să intru mereu în contact cu eul meu, să mă iau în serios” – mi-am repetat aceste cuvinte până când am ajuns să le simt. Şi m-am simţit foarte bine. Problema cu scaunul s-a reglat încet-încet. Eram singură, nu aveam contact cu familia şi, dintr-odată, aveam scaun zilnic. Era o nebunie? Nu, era ceva normal!

Eram fericită, dar lucrurile nu aveau să rămână aşa. Pe data de 10 noiembrie 2015 mama mea a făcut stop cardiac şi a ajuns la terapie intensivă, iar digestia mea s-a blocat din nou. Timp de zece zile m-am temut pentru viaţa mamei mele. Am fost alături de ea zi şi noapte, aşa cum obişnuiam pe vremea când eram copil. Întreaga mea atenţie era îndreptată asupra ei şi m-am îndepărtat din nou de eul şi de corpul meu. Acesta a reacţionat din nou prin declanşarea unei constipaţii severe.

Mama mea a murit în prezenţa tuturor membrilor familiei – cu excepţia mea. Eu nu am fost de faţă. Acest lucru m-a durut foarte mult. De ce nu am fost şi eu acolo? Nu am jelit-o doar pe mama mea, m-am jelit şi pe mine, pe micuţa Beate, care şi-a petrecut jumătate din viaţă încercând să fie alături de mama, să intre în contact cu ea, să fie băgată în seamă şi iubită de mamă. Foarte multe răni au ieşit la suprafaţă – toate cele apărute de când a început trauma şi până astăzi. Toate au revenit.

Astăzi, aproape un an mai târziu, o respect pe micuţa mea Beate. O iubesc pe micuţa Beate aşa cum este ea, aşa cum îmi iubesc şi constipaţia. Aceasta încă nu s-a vindecat complet, căci intestinul meu reacţionează imediat atunci când anturajul meu nu-mi face bine. Cel mai bun lucru este că acum aud ce vrea să-mi spună constipaţia mea. Metoda „întâlnirii cu sine” pe baza rezonanţei cu propoziţia ce exprimă intenţia, dezvoltată de Franz Ruppert, a activat multe lucruri în interiorul meu, m-a adus mai aproape de propriul meu eu. Continui procesul, sunt pe cale să-mi dobândesc autonomia. Acesta este un cuvânt mare, este scopul către care năzuiesc.

Beate Herrmann, n. 1965, este specializată în terapia individuală şi în cea de familie, fiind atestată de Societatea Germană pentru Constelaţii Sistemice; a urmat cursuri de formare profesională în terapia traumei psihice orientată către identitate (TTPOI) cu prof. dr. Franz Ruppert; începând din anul 2006 şi-a deschis propriul său cabinet particular, în care lucrează cu clienţi individuali, cu copii şi adolescenţi, precum şi cu cupluri, folosind metoda constelării intenţiei.

www.antiegenaufstellen.ch

INGRID PERG

Când traumele afectează rinichii

„Din punct de vedere psihic, suntem cu toţii sănătoşi!”

Pentru a recunoaşte posibilele legături dintre traume şi bolile renale, psihicul şi corpul trebuie înţelese ca formând o unitate. Acest punct de vedere nu este firesc, el nu este înrădăcinat în conştiinţa noastră. În timpul cercetărilor pe care le-am efectuat la un centru de dializă, am vrut să ştiu dacă pacienţii sunt interesaţi să afle care este cauza psihologică ce se ascunde în spatele bolii lor renale. Majoritatea dintre ei au reacţionat cu uimire la această întrebare, neputându-şi imagina că ar putea exista vreo legătură. În timp ce făcea dializă, o femeie de vârstă mijlocie mi-a spus următorul lucru: „Boala mea renală este

pur ereditară. Mama mea a avut deja această boală, iar fiica mea este şi ea afectată. Nu vreau să încerc să aflu dacă există cauze psihice. Din punct de vedere psihic suntem cu toţii sănătoşi!" Această afirmaţie ne arată cât de des este considerat un tabu faptul de a analiza posibilele cauze psihice ale bolilor somatice.

Gabor Maté scrie că în medicina chineză, precum şi în cultura indiană şi cea şamanică este un lucru evident faptul că între psihic şi corp există o relaţie strânsă. Ca urmare a studiilor sale din domeniul medicinei şi pe baza propriei sale experienţe, el nu are nicio îndoială cu privire la faptul că sentimentele neexprimate şi stresul psihic pot declanşa boli somatice (Maté, 2003). Şi Babette Rothschild subliniază faptul că, pentru a vindeca traumele, trebuie să acordăm aceeaşi atenţie atât corpului, cât şi psihicului (Rothschild, 2002). Ca urmare a activităţii mele îndelungate pot confirma această ipoteză: şi eu lucrez de ani de zile în conformitate cu concepţiile unei filosofii holistice şi folosesc semnalele corpului ca pe o modalitate de a conştientiza procesele interne ascunse. Atunci când ne utilizăm memoria noastră corporală implicită, în care sunt depozitate toate experienţele noastre încă de la începutul vieţii noastre, avem posibilitatea de a ne cunoaşte mai bine propria noastră identitate.

Funcţiile rinichilor şi bolile renale

Din punct de vedere anatomic, rinichii umani simt o pereche de organe. Fiind nişte staţii de filtrare pentru lichidele corporale, sarcina lor principală este aceea de a identifica ce substanţe sunt benefice pentru organism şi ce substanţe reziduale trebuie eliminate, în calitate de toxine, prin tractul urinar. Ei reglează echilibrul acido-bazic şi sunt implicaţi semnificativ în activitatea metabolică, în procesele hormonale, precum şi în activitatea sistemului circulator (Cheers, 2000).

Dacă funcţiile renale vitale sunt deteriorate ca urmare a unor anomalii anatomice, a inflamaţiilor, a infecţiilor, a îngustării tractului urinar sau ca urmare a

unor boli precum „diabetul zaharat”, obezitatea şi hipertensiunea arterială, persoana afectată poate fi nevoită să facă dializă sau un transplant de rinichi. În prezent, în Germania aproximativ 80.000 de oameni sunt dependenţi pe termen lung de un aparat care controlează funcţiile rinichilor, iar această cifră are tendinţa de a creşte cu cinci procente pe an. În anul 2015, numai în Germania au fost efectuate 2 195 de transplanturi de rinichi.47

Din experienţa medicinei convenţionale, donarea unui rinichi în interiorul sistemului familial pare a avea cele mai mari şanse de succes, deoarece caracteristicile sângelui şi ale ţesutului sunt în mare parte identice. Prof. dr. Otto Mehis, fostul director al Clinicii Universitare de Nefrologie Pediatrică din Heidelberg, mi-a spus într-un interviu faptul că totuşi, în cazul adolescenţilor care tocmai se află într-un proces de separare de părinţii lor, primirea unui organ donat de unul dintre părinţi ar putea prezenta un mare risc. În asemenea cazuri, probabilitatea respingerii organului este foarte mare, în schimb, în cazul donării unui organ între fraţi, donatorii au adesea sentimentul că au datoria de a face acest lucru, pentru a asigura supravieţuirea fratelui sau surorii lor. În cazul primitorilor se poate ajunge la un conflict de identitate, deoarece ei se simt obligaţi să le fie veşnic recunoscători donatorilor (Appelsmeyer, 2001).

Bebeluşii care se nasc cu afecţiuni renale sunt supuşi, în mod inevitabil, unei intervenţii medicale. De obicei nu sunt cercetate cauzele psihice. Însă ar fi extrem de util să analizăm dintr-o perspectivă psihologică informaţiile pe care ni le oferă corpul. Rezultatele cercetărilor din domeniul epigeneticii ne indică faptul că evenimentele traumatice pot lăsa urme în ADN, modificând, astfel, activitatea genei. Acest lucru poate avea consecinţe nu doar asupra persoanei afectate, ci se poate transmite şi asupra generaţiilor viitoare. Aceste modificări se regăsesc, în primul rând, în genele care sunt asociate cu metabolismul hormonilor de stres, precum

cortizolul, care este produs de glanda suprarenală.48 Brian Dias şi Kerry Ressler au reuşit să demonstreze, cu ajutorul unui experiment, faptul că traumele se transmit intergeneraţional. Ei au expus nişte şoareci la mirosul florilor de dreş, pe care aceştia în mod normal îl plac, administrându-le, în acelaşi timp, mici şocuri electrice. În felul acesta şoarecii au învăţat să se teamă de miros şi, când au avut un nou contact cu mirosul, au intrat într-o stare de încremenire. Descendenţii acestor şoared condiţionaţi au reacţionat până la cea de-a patra generaţie cu stări de anxietate şi încremenire la mirosul florilor de dreş, de parcă ar fi fost ei înşişi condiţionaţi (Dias şi Ressler, 2014).

Se presupune că, la oameni, moştenirea traumelor este la fel de durabilă. Traumele părinţilor şi bunicilor ne influenţează psihicul şi se pot manifesta la copiii lor şi sub forma unor afecţiuni fizice, precum bolile renale. În prezent, consecinţele traumei asupra generaţiilor viitoare sunt dezbătute intens (Baer şi Frick-Baer, 2010, Ruppert, 2014). Peter Levine descrie cât de absurdă părea încă în anii ’90 ideea transmiterii transgeneraţionale a traumei. Totuşi, în ultimii ani cercetările au reuşit nu doar să demonstreze existenţa acestei transmiteri, ci şi să argumenteze mecanismele epigenetice, moleculare şi biochimice care sunt responsabile pentru aceasta (Levine, 2016).

Următoarele două studii de caz ilustrează corelaţiile găsite de mine între traumele generaţiilor anterioare şi bolile renale ale copiilor şi nepoţilor.

O relaţie complicată simbiotic cu tatăl şi cu bunica

Anita a venit la cabinetul meu pentru a afla care erau cauzele ascunse ale problemelor ei cu rinichii, pe care le-a avut încă de la o vârstă fragedă şi care au rămas nedepistate ani de zile. La acea vreme, problemele ei renale au fost permanent ignorate, fiind considerate dureri abdominale. Acest diagnostic greşit a avut consecinţe fatale asupra ei: după ce şi-a pierdut, la vârsta de patru

ani, rinichiul drept din cauza problemei devenite acute, rinichiul stâng a devenit din nou funcţional abia în urma unei intervenţii chirurgicale. Când Anita se uită la fotografiile din copilărie de la acea vreme, ea nu se poate identifica cu ele. Anita îmi povesteşte faptul că, adesea, are senzaţia că nu-şi percepe corpul şi că nu ştie cine este ea de fapt. Ea lucrează într-o clinică în care sunt reabilitaţi copiii care au fost supuşi unui transplant de rinichi. Acest lucru o face să se simtă fericită. Are o fiică şi a trecut printr-o căsnicie nereuşită, iar acum trăieşte singură, în timpul căsniciei s-a confruntat cu teama de moarte şi nu s-a simţit niciodată luată în seamă. Cu mama ei, pe care în prezent o îngrijeşte, nu a avut niciodată o relaţie strânsă, în timp ce tatăl ei a însemnat totul pentru ea.

Anita a ales să formuleze următoarea intenţie: „Vreau să ştiu care este acea cauză ascunsă a problemei mele renale”. Ea nu a scris această propoziţie cuvânt cu cuvânt într-un rând, ci a scris fiecare cuvânt pe verticală, unul după altul, pe o foaie de hârtie. După ce a ales un bărbat ca persoană rezonantă cu cuvântul ACEA, el a simţit imediat în interiorul său o stare puternică de agitaţie şi nelinişte. El i-a spus Anitei: „Trebuie să-ţi eliberez mâinile”. Anita l-a perceput pe acest bărbat ca fiind autoritar şi deprimant şi a spus că din cauza lui a devenit foarte nervoasă. Când Anita a adăugat următoarea sintagmă, CAUZĂ ASCUNSĂ, ea a ales o femeie care a luat o atitudine dominatoare faţă de reprezentantul cuvântului ACEA şi a râs de el. ACEA a crezut că ea este mama lui şi că, de frică, trebuie să menţină cu ea contactul vizual, altminteri ea îi va da motive să se teamă de ea. În plus, el avea acum dureri de spate. Anita a confirmat faptul că tatăl ei nu avusese o relaţie bună cu mama lui.

Apoi Anita a ales pe cineva care să reprezinte cuvântul MELE din propoziţia ce-i exprima intenţia. Persoana rezonantă i-a spus că se simte neînsemnată, că are dureri şi că îi este frică, dar şi că nu o bagă nimeni în seamă, că îi este frig şi că nu vede nimic în cameră. Anita

s-a simţit emoţionată, deoarece în această parte s-a recunoscut pe ea însăşi: „Îmi amintesc că aşa m-am simţit atunci şi aşa mă simt şi astăzi”. MELE s-a simţit băgat în seamă şi a început să plângă. ACEA (probabil tatăl Anitei) a spus apoi că MELE (Anita pe când era copil) îl despovărează, iar durerile lui cedează. El vrea să o ajute. Acum se simte mai bine din punct de vedere psihic, dar din punct de vedere fizic nu este în stare să o ajute, deoarece nu-şi mai simte mâinile.

CAUZA ASCUNSA (probabil bunica Anitei) spune apoi că ceva o trage înapoi şi îi este teamă să nu cadă în neant dacă cedează acestui impuls. În acest moment, Anita îşi aminteşte faptul că bunica ei a avut o copilărie grea, în care a avut parte de multă violenţă. Nu a avut nicio căsnicie bună. A existat multă violenţă în această căsnicie şi atât ea, cât şi soţul ei au avut relaţii extraconjugale.

Clienta a ales următoarea sintagmă, PROBLEMA RENALĂ, pe care a despărţit-o în două cuvinte, deoarece şi în propoziţia ce exprima intenţia le scrisese separat (şi nu legat, aşa cum s-ar fi scris, în germană, acest cuvânt compus – *n. red.*). Reprezentanta cuvântului RENALĂ s-a simţit neînsemnată şi complet abandonată, avea palpitaţii şi nu-şi găsea locul. S-a aşezat în cameră alături de MELE (Anita pe când era copil) şi amândouă au stat acolo ghemuite. Anita i-a spus reprezentantei cuvântului RENALĂ: „Pe tine nu te simt, dar pe MELE da”.

Când reprezentanta cuvântului PROBLEMĂ a intrat în rezonanţă cu clienta, această persoană a simţit că era o fetiţă anxioasă, care nu-şi percepea corpul şi care avea sentimentul că era aspru criticată. Persoana rezonantă a insistat asupra faptului că locul ei este lângă CAUZA ASCUNSĂ, adică lângă bunica Anitei. A început să se lamenteze că nimeni nu este alături de ea şi că este complet singură. PROBLEMA (bunica pe când era copil) i-a spus CAUZEI ASCUNSE (bunica la vârsta adultă) că, atunci când vorbeşte, are dureri puternice de rinichi, că este singură şi că nimeni nu o ajută. După aceea MELE

(tatăl) a redevenit activ şi a vrut să se poarte grijuliu cu PROBLEMA (mama sa pe când era copil). Dintr-odată şi-a simţit din nou mâinile şi a luat-o în braţe şi a început să o legene pe micuţă. El a spus că, dacă ar putea-o proteja pe PROBLEMĂ, nu i-ar mai fi frică de CAUZA ASCUNSĂ (mama sa).

CAUZA ASCUNSĂ (bunica) a continuat să simtă că trebuie să reziste forţei care o trage înapoi şi de aceea a rămas de partea lui ACEA (tatăl) şi a PROBLEMEI (bunica în calitate de copil). În timpul acesta, bunica a avut senzaţia că cineva o bate pe spate. S-a agăţat, panicată, de fiul ei, transmiţându-i acestuia partea copilului din interiorul ei.

Părţile clivate ale Anitei (MELE şi RENALĂ) stăteau, neputincioase şi singure, de partea cealaltă a camerei. Acum, Anita a intrat în contact cu aceste două părţi şi a vorbit cu ele. Toate celelalte părţi le-au observat, fără a interacţiona cu ele.

Studiul de caz al Anitei arată că, din cauza relaţiei complicate simbiotic cu tatăl ei, care, la rândul său, avea o relaţie complicată cu mama sa, ea a fost atrasă în traumele lor nerezolvate. În copilărie, tatăl Anitei s-a agăţat, de teamă, de structurile traumatice ale mamei sale, dezvoltate în propria ei copilărie, stabilind o relaţie complicată simbiotic cu ea. La rândul ei, pe când era copil, Anita a încercat, ca urmare a suferinţei ei, să stabilească un contact emoţional cu tatăl ei, deoarece mama sa nu fusese accesibilă pentru ea. Astfel, ea s-a implicat în energia traumei tatălui ei. Deşi această simbioză l-a despovărat pe tatăl ei din punct de vedere psihic, totuşi el nu a putut să o ajute, deoarece el însuşi avea mâinile legate. În această constelaţie a devenit evident şi faptul că Anita încă nu putea simţi acea parte a ei care era reprezentată prin cuvântul RENALĂ, întrucât aceasta era încă prea clivată în conştiinţa ei.

În şedinţele ulterioare, Anita a încercat să intre în contact cu propriile ei părţi clivate. Pentru aceasta, ea a

trebuit să se ocupe mai întâi de trauma legată de pierderea propriei sale identităţi. Abia după aceea a reuşit, într-un demers ulterior, să proceseze „trauma de iubire” în care fusese implicată împreună cu tatăl ei.

Important este ca băiatului să-i meargă bine!

Betty, mama unui tânăr, a vrut să afle de ce acesta a fost nevoit să sufere în copilărie un transplant de rinichi. În timpul realizării constelaţiei, clienta a ales o femeie care să-l reprezinte pe fiul ei. Însă a ieşit la iveală faptul că această femeie o reprezenta chiar pe ea. Abia acum şi-a amintit clienta că, în copilărie, şi ea fusese spitalizată luni de zile din cauza unei boli renale. Totuşi, Betty, care şi-a amintit de trauma ei din copilărie în urma efectuării constelaţiei, nu a fost dispusă să aprofundeze mai mult această descoperire. În discuţia ulterioară, mi-a comunicat că nu doreşte să continue să lucreze la această problemă. Deocamdată vrea să lase lucrurile neschimbate, deoarece fiul a supravieţuit cu bine transplantului.

O înţeleg foarte bine pe această mamă, căci cum putem noi face faţă situaţiei, ca părinţi, atunci când aflăm că copiii şi nepoţii noştri manifestă, la nivel fizic, traumele noastre nerezolvate? Şi cum putem oare să ne comportăm atunci când ne dăm seama că bolile noastre renale sunt expresia traumelor nerezolvate ale strămoşilor noştri?

Primul pas pentru a înţelege faptul că această transmitere transgeneraţională există este acela de a ne detaşa de ea. Totuşi, trebuie să luăm şi o decizie clară pentru a ne confrunta cu propria noastră biografie traumatică. Atunci putem să ne întâlnim propriul nostru eu, pe care l-am abandonat din cauza relaţiei de ataşament, necesare supravieţuirii, cu propriii noştri părinţi traumatizaţi. Atunci putem să ne redescoperim pe noi înşine, să ne regăsim şi putem, în sfârşit, să ne cunoaştem aşa cum suntem cu adevărat.

Bibliografie

Appelsmeyer, H. (2001): „Transplantation und Identität”, în: *Psychomed* (2001), nr. 1, pp. 42 – 45

Baer, U. & Frick-Baer, G. (2010): *Wie Traumata in die nächste Generation wirken*. Neukirchen-Vluyn: Semnos

Cheers, G. (2000): *Anatomică – Körper und Gesundheit*. Willoughby: Global Book Publishing

Dias, B.G. & Ressler, K.L.J. (2014): „Parental olfactory experience influences behaviour and neural structure în subsequent generations", în: *Nature Neuroscience* (2014), nr. 17, pp. 89 – 96

Levine, P.A. (2016): *Trauma und Gedächtnis*. München: Kösel

2 Maté, G. (2003). *When the Body Says No*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich*. Essen: Synthesis

Ruppert, F. (2012). *Simbioză şi autonomie*. Bucureşti: Trei

Ruppert, F. (ed.) (2014): *Frühes Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta

Ingrid Perg, n.1965, este căsătorită şi este mamă a trei copii (dintre care doi sunt gemeni), în vârstă de 26 şi de 10 ani. Este consilier social şi consilier pentru un stil de viaţă sănătos, terapeut maseur autorizat şi practicant de hipnoză autorizat. Are propriul său cabinet particular situat în Lienz, în care lucrează cu clienţi individuali sau cu grupuri, utilizând terapia corporală centrată pe traumă şi metoda constelării intenţiei dezvoltată de Franz Ruppert.

www.ingridperg.at

PATRIZIA MANU KIAN

Respiraţia mea, plămânii mei, trauma mea

Faptul de a respira

Răsuflăm din greu, de spaimă ni se opreşte respiraţia, considerăm că ceva este atât de emoţionant încât ni se taie respiraţia, gâfâim de furie, ne „ventilăm" furia sau ne sufocăm din cauza grijilor noastre. Cu toţii cunoaştem aceste expresii, pe care le folosim în limbajul nostru cotidian în asociere cu sentimentele de frică,

bucurie, nesiguranţă, durere, pierdere, dezamăgire şi tristeţe. Când suntem agitaţi, ni se scurtează respiraţia. Respiraţia noastră se află într-o strânsă legătură cu vorbirea noastră, deoarece vocea se formează ca urmare a aerului respirat. Vorbirea este o expiraţie sonoră, iar manifestările vocale, precum gemutul, sughiţul, gâfâitul sau oftatul, constituie variante expresive ale respiraţiei.

Multe limbi străvechi folosesc acelaşi cuvânt atât pentru respiraţie, cât şi pentru psihic, suflet sau spirit. De exemplu, în limba latină, cuvântul *spirare* înseamnă „a respira”, iar *spiritus* înseamnă „spirit”. Spunem că avem „inspiraţie” atunci când ne vine o idee spontană. În limba greacă, cuvântul *psyche* înseamnă „suflare”, dar şi „suflet”. În învăţătura indiană, *atman* reprezintă fundamentul forţei vitale propriu-zise (*prana*).

I Respiraţia este un proces ritmic, care cuprinde două etape: inspiraţia şi expiraţia. Această alternanţă permanentă conferă ritm vieţii. Respiraţia rapidă accelerează bătăile inimii şi stimulează transportul de oxigen către organe, în timp ce respiraţia lentă încetineşte bătăile inimii. Respiraţia are loc în mod involuntar. Dacă ne ţinem respiraţia în mod deliberat pentru mai mult timp, ne cuprinde curând frica de moarte. Respiraţia înseamnă viaţă; când respiraţia încetează, se termină şi viaţa.

Dezvoltarea plămânilor

În etapa embrionară există trei foiţe embrionare din care se dezvoltă individul uman. Din stratul interior (endodermul) se dezvoltă tractul gastrointestinal împreună cu organele digestive, glanda timus, glanda tiroidă şi glandele paratiroide, uretra şi tractul respirator. Din foiţa mijlocie (mezodermul) se dezvoltă sistemul muscular, care este responsabil de mişcările voluntare ale organismului. Din foiţa externă (ectodermul) se dezvoltă sistemul nervos central şi pielea. Aceasta permite organismului să se delimiteze de mediul său şi să intre în contact cu lumea exterioară.

Plămânii copilului încep să se dezvolte în pântecele

mamei abia în cea de-a 30-a zi de viaţă, din peretele ventral al intestinului anterior. Acesta este responsabil de formarea epiteliului (ţesutul epitelial şi ţesutul glandular), care căptuşeşte suprafaţa internă a organelor cavitare şi care conduce aerul. Plămânul care se formează se împarte în două ramuri, ramura dreaptă şi ramura stângă, ceea ce mai târziu duce la formarea celor doi lobi pulmonari. Din săptămâna a 5-a până în săptămâna a 17-a se formează întregul plămân, până la ramificaţiile bronhiilor şi până la acinii pulmonari. Începând cu cea de-a 13-a săptămână de sarcină celulele epiteliale ciliate sunt vizibile, iar plămânii încep să-şi dezvolte funcţia lor prenatală importantă, aceea de a produce zilnic până la 15 mililitri de lichid amniotic. Până în cea de-a 26-a săptămână de sarcină, plămânii se maturizează într-atât încât parenchimul pulmonar49 este capabil să funcţioneze după naşterea copilului.

În timpul celor nouă luni de sarcină bebeluşul este hrănit prin intermediul placentei şi al cordonului ombilical cu toate substanţele nutritive importante, deci şi cu oxigen. Plămânii încep să se mişte încă din uter: bebeluşul inspiră şi expiră lichidul amniotic, făcându-l să circule. Chiar şi după naştere alimentarea cu oxigen continuă să aibă loc, pentru scurt timp, prin intermediul cordonului ombilical. Dacă nou-născutului şi mamei sale li se acordă suficient timp pentru a crea o nouă conexiune externă, trecerea de la respiraţia placentară la respiraţia pulmonară se poate face într-un mod foarte natural şi blând (Strauss, 2014). Nou-născutul se liniştește treptat după stresul naşterii, iar plămânii încep să se mişte uşor în sus şi în jos, alveolele pulmonare se umplu treptat, pentru prima oară, cu oxigen, până când ajung să funcţioneze pe deplin. Când această capacitate completă de funcţionare este atinsă, alimentarea prin intermediul cordonului ombilical încetează, acesta nu mai pulsează şi intră în colaps. Acum placenta poate fi expulzată, iar cordonul ombilical poate fi tăiat. Din acest moment, nou-născutul respiră singur. Plămânii dobândesc funcţia lor de

menţinere a vieţii.

Moaşa şi asistenta medicală elveţiană Brigitte Renate Meisner (2011) descrie complicaţiile care apar după naşterea prin cezariană, care afectează şi plămânii. În timpul unei naşteri naturale, copilul este presat în canalul de naştere. În felul acesta, lichidul amniotic este stors din plămâni. În schimb, în cazul operaţiei de cezariană, din cauza „excesului de lichid din plămâni”, există un risc crescut de a dezvolta probleme respiratorii. Şi şocul emoţional provocat de deschiderea bruscă a sacului amniotic, scoaterea cu forţa din uter şi tăierea imediată a cordonului ombilical pot duce, din cauza scăderii bruşte a presiunii, la oprirea respiraţiei nou-născutului şi la apariţia unei senzaţii de sufocare sau de înecare, deoarece plămânii pot fi încă plini cu lichid amniotic.

Anatomia plămânilor

Lobul pulmonar stâng şi cel drept sunt constituiţi dintr-un ţesut spongios. Din cauza presiunii care creşte în cavitatea pleurală ce separă foiţele pleurale atunci când aerul intră în plămâni, aceştia se umflă. Plămânii se întind în sus până la o distanţă de câţiva centimetri deasupra claviculei, dedesubt se sprijină pe diafragmă, iar de jur-împrejur sunt protejaţi de coaste. Gura şi nasul simt cele două căi prin care aerul intră în plămâni. Aerul inspirat pe gură şi pe nas trece prin faringe. Datorită laringelui şi epiglotei, traheea este protejată împotriva pătrunderii substanţelor care nu se află în stare gazoasă. Traheea conduce aerul inhalat spre bronhii şi apoi, mai departe, în jos, spre cei doi plămâni şi spre ramificaţiile bronhice tot mai fine, adică spre alveolele pulmonare. Suprafaţa interioară a plămânilor are (dacă ar fi întinsă) o dimensiune de până la 70 – 80 de metri pătraţi. Prin comparaţie, suprafaţa pielii noastre are o dimensiune de doar un metru şi jumătate până la doi metri pătraţi. De aceea, plămânii constituie cel mai mare organ al corpului nostru care intră în contact cu lumea exterioară.

Plămânii sunt acoperiţi cu două straturi de ţesuturi:

pleura viscerală, situată în interior, şi pleura parietală, situată în exterior. Între acestea două există un spaţiu intermediar acoperit cu un strat foarte subţire de mucus, care lipeşte laolaltă cele două straturi de ţesut şi ataşează plămânii de pleura parietală. Acest lucru serveşte la menţinerea expansiunii pulmonare. Când plămânii se dilată şi se contractă în timpul inspiraţiei şi expiraţiei normale, presiunea din plămâni scade şi creşte, iar cele două foiţe pleurale (pleura viscerală şi cea parietală) alunecă uşor una pe lângă cealaltă. Dacă în acest spaţiu intermediar intră aer, plămânii colapsează.

Plămânii şi respiraţia

Plămânul este organul care realizează schimbul de oxigen şi de dioxid de carbon între organism şi mediul exterior şi este responsabil de menţinerea unui nivel constant de oxigen şi dioxid de carbon în sânge. Ambele gaze pot deveni toxice. Oxigenul este toxic, deoarece poate avea un efect coroziv, iar dioxidul de carbon este toxic, deoarece modifică aciditatea sângelui, pe care îl face să devină alcalin. De fiecare dată când respirăm absorbim în plămânii noştri un anumit amestec format din aproximativ 21% oxigen, 0,03% dioxid de carbon, 78% azot şi 1% gaze nobile.

Respiraţia începe odată cu inspiraţia: cutia toracică se ridică, iar diafragma coboară. Atunci când respirăm mai profund muşchii intercostali se contractă, determinând o creştere suplimentară a volumului cutiei toracice. Expiraţia este un proces pasiv, care se realizează prin relaxarea musculaturii. În timpul expiraţiei, aerul bogat în dioxid de carbon este eliminat din plămâni. Centrul principal de control al activităţii noastre respiratorii se află la nivelul bulbului rahidian, constând într-un centru ce reglează inspiraţia şi expiraţia. În această regiune, celulele nervoase specifice controlează respiraţia graţie diferitelor mesaje recepţionate. Unul dintre mesaje se referă la gradul de dilatare a alveolelor pulmonare, care simt dotate cu receptori. Ceilalţi doi factori sunt chemoreceptorii,

care, pe de-o parte, măsoară compoziţia lichidului rahidian şi, pe de altă parte, înregistrează presiunea oxigenului şi dioxidului de carbon din zona respiratorie. Acest lucru duce la reglarea contracţiilor diafragmei.

Respiraţia este reglată şi de sistemul nervos vegetativ, împreună cu cele două componente ale acestuia: prin îngustarea traheii şi prin contracţia muşchilor bronhiei, sistemul nervos parasimpatic produce o stare de linişte şi de relaxare fizică sporită. În schimb, sistemul nervos simpatic permite dilatarea traheii şi destinderea muşchilor bronhiei, lucru ce face ca extensibilitatea bronhiilor să crească, iar inspiraţia să devină mai profundă.

„Bolile pulmonare”.

În Uniunea Europeană, „bolile pulmonare” sunt considerate ca fiind responsabile pentru o optime (12, 5%) din totalul cazurilor de deces şi pentru cel puţin şase milioane de spitalizări.50 Aşadar, în UE, 600.000 de oameni mor, în fiecare an, de o „boală pulmonară” Mai mult de jumătate dintre aceste decese simt puse pe seama „cancerului pulmonar” sau a „BPOC” (*bronhopenumopatie obstructiva cronica*) – care de obicei sunt asociate cu consumul de nicotină.

Ce-i drept, medicina modernă recunoaşte faptul că, în cazul bolilor pulmonare există şi factori de risc ce-şi au originea în copilăria timpurie, cum ar fi nealăptarea, administrarea de paracetamol în timpul sarcinii şi complicaţiile apărute la naştere, însă ea nu încearcă să afle de ce se întâmplă acest lucru şi ce produc aceste traume în psihicul şi în corpul nou-născutului sau al copilului mic. De asemenea, şi fumatul este o strategie de supravieţuire în urma traumelor, deci acest obicei poate fi cauzat de o traumă timpurie.

Ritmul respirator şi terapiile respiraţiei

Observarea ritmului nostru respirator şi a simptomelor noastre pulmonare ne poate ajuta să obţinem informaţii importante cu privire la psihicul şi la emoţiile

noastre (Morschitzky şi Sator, 2016). Când plângem, diafragma se mişcă sacadat, permiţând astfel organelor interne să se relaxeze. Expiraţia care urmează după aceea ne ajută să ne eliberăm mâhnirea. La fel se întâmplă şi atunci când râdem. Dacă un om nu mai poate plânge sau râde, el nu-şi mai poate exprima emoţiile. El nu poate să elibereze emoţiile, să spună „nu" sau să accepte ceva ce-i place. Apar dificultăţi de respiraţie, apar boli respiratorii, care sunt asociate şi cu probleme intestinale, cum ar fi constipaţia şi slăbiciunea vezicii urinare. Persoana nu mai are curajul să se destindă, să se elibereze de autocontrolul strict.

Încercările de a modifica respiraţia au dus la dezvoltarea multor tehnici şi forme de terapie: din India provin, de exemplu, *kundalini yoga* şi *hatha yoga*, în care „respiraţia circulară (continuă)" joacă un rol central. Wilhelm Reich şi-a întemeiat terapia sa corporală pe respiraţie, iar ulterior au apărut abordări terapeutice bioenergetice şi biodinamice (Lowen, 1979). Respiraţia este utilizată în diverse forme, cu scopul de a aduce la suprafaţă experienţele emoţionale din copilărie. Ca exemple, menţionăm „respiraţia holotropică" sau „respiraţia psihoenergetică". Ambele tehnici provin din metoda Rebirthing. În cazul acestei metode este utilizată hiperventilaţia, care face ca persoana să se cufunde, în calitate de adult, în experienţa naşterii sale (Dahlke şi Neumann, 2000). Şi Eva Middendorf a contribuit semnificativ, prin intermediul terapiei respiratorii dezvoltate de ea, la o înţelegere mai profundă a respiraţiei (Marlock şi Weiss, 2006). Totuşi, trebuie amintit faptul că modul în care respirăm poate fi o reacţie la traumele pe care le-am suferit. Într-un asemenea caz nu are rost să lucrăm doar asupra simptomului, dacă nu este analizată în acelaşi timp şi trauma care se află în spatele acestuia. O terapie centrată pe respiraţie care nu ia în considerare şi trauma va fi orientată doar spre simptom, şi nu spre cauză.

„Astmul" şi lipsa contactului

Cauza profundă a aşa-numitului „astm” îşi are originea în lipsa atingerii, a contactului şi a relaţiilor interpersonale; la fel, poate proveni din teama de a stabili relaţii. „Astmul” este o boală care se manifestă printr-o blocare a expiraţiei. Expiraţia poate fi văzută ca o relaxare şi o eliberare, ca pe o năzuinţă a persoanei de a se deschide către cineva. Însă, atunci când ne temem de o persoană, nu putem nici expira relaxaţi în prezenţa ei şi simţim nevoia de a ne feri de ea şi de a ne închide în noi.

În timpul lucrului cu constelaţiile am observat faptul că, în ceea ce priveşte dinamica astmului, poate fi vorba şi despre o îngrădire şi o apropiere sufocantă. În timpul inspiraţiei există şi pericolul ca persoana respectivă să absoarbă energia traumatică a unei alte persoane. În cazul copiilor mici de obicei este vorba despre energiile traumatice ale propriei mame, a căror forţă îi poate sufoca.

Iată un exemplu referitor la activitatea terapeutică pe care am efectuat-o cu un client:

Intenţia lui Giovanni este aceea de a afla de ce suferă încă din copilărie de crize de astm cronice şi de ce, în fiecare primăvară, este afectat de rinita alergică. În timpul constelaţiei iese la iveală procesul naşterii sale şi dinamica relaţiei cu mama sa: el s-a născut la şapte luni, împreună cu sora sa geamănă, care murise deja în cea de-a cincea lună de sarcină. Naşterea a fost foarte traumatizantă, iar clientul a fost nevoit să petreacă primele trei luni în incubator. Mama lui a fost şi ea traumatizată şi, ca urmare a naşterii fiicei sale moarte, de care nu ştiuse nimic până atunci, a intrat într-o stare de şoc. A făcut febră mare, însă abia după patru zile a primit un tratament împotriva infecţiei postnatale. În această perioadă Giovanni nu a avut niciun fel de contact cu mama sa.

În timpul constelaţiei, experienţa traumatică a mamei sale s-a dovedit a fi o parte care s-a aşezat cu toată greutatea şi cu toată durerea pierderii pe umerii nou-născutului, aproape sufocându-l. Abia după ce o parte sănătoasă a clientului l-a eliberat pe nou-născut de mama

sa, clientul a putut respira, în sfârşit, şi a putut ieşi din starea de şoc.

Pneumonia şi deprivarea de relaţia de ataşament

Pneumonia este adesea expresia unei disperări adânci, care poate duce la pierderea voinţei de a trăi, deoarece persoana respectivă se simte abandonată de o persoană iubită (Rainville, 2010).

Roberto, în vârstă de 48 de ani, a venit la cabinetul meu punându-şi întrebarea de ce la vârsta de 36 de ani a făcut, de două ori într-un timp foarte scurt, o pneumonie gravă. De atunci, el suferă frecvent de infecţii respiratorii. Clientul alege mai întâi un reprezentant pentru cuvântul PNEUMONIE. Acesta simte că are dificultăţi de respiraţie, dar nu are nicio relaţie directă cu clientul. La întrebarea „Ce ţi s-a întâmplat înainte a te îmbolnăvi?”, clientul a răspuns că şeful său i-a comunicat cu puţin timp înainte că a doua zi va trebui să se mute într-un alt departament. Astfel, după 15 ani în care a colaborat cu aceiaşi colegi, îl aştepta un mediu complet nou cu angajaţi noi. În ziua următoare, el a avut primele simptome de pneumonie cu crize violente de tuse. A stat două luni în concediu medical, timp în care şi-a revenit după această spaimă şi după sentimentul de neputinţă pe care le-a dobândit după ce a aflat de transferul său.

Apoi el a ales reprezentanţi pentru EU şi pentru sintagma DE CE. EUL său dezvoltă imediat sentimente neplăcute faţă de DE CE. Pentru el, acest DE CE reprezintă o persoană înfricoşătoare. Roberto spune că ar putea fi tatăl său, dar nu are o relaţie efectivă cu el. DE CE simte că este un bărbat autoritar, care respinge orice sentiment de vină. El simte că este un director de şcoală. Roberto începe acum să-şi amintească povestea vieţii tatălui său: la sfârşitul războiului, când tatăl său avea vârsta de cinci luni, tatăl acestuia a fost ucis în faţa casei şi în faţa mamei sale, într-un atac cu bombă. La vârsta de zece ani, tatăl său a ajuns să locuiască într-un internat.

Pentru EU aceste informaţii sunt eliberatoare, iar el

stabileşte, în sfârşit, o relaţie cu Roberto. Devine clar faptul că pneumonia exprimă o complicaţie simbiotică cu spaima trăită de tatăl său. Moartea violentă a bunicului său i-a provocat tatălui lui Roberto o durere nesfârşită, mai ales că întreaga familie a intrat brusc într-o stare de şoc. Intrarea la internat i-a luat băiatului care se îmbolnăvea frecvent de plămâni şi ultima speranţă că ar putea stabili un contact cu familia sa. Mutarea într-un alt departament a reactivat relaţia complicată inconştientă a clientului cu sentimentele tatălui său. Odată cu pneumonia sa, el a recreat în mod inconştient o situaţie de neputinţă şi de abandon.

„De ce eu mă înec cu propria-mi salivă?”

Cu ceva timp în urmă eu însămi am făcut o constelaţie în care am formulat următoarea intenţie: „De ce eu mă înec cu propria-mi salivă?” EUL meu a intrat imediat în contact cu trauma mea prenatală. Zăcea pe podea, încovoindu-se şi respirând din greu, tuşind şi gâfâind. Îşi ţinea mâinile pe ombilic şi bâiguia: „Mă sufoc. Corpul meu e invadat de otravă. Sunt pe moarte...” La acea vreme, cu cât data naşterii mele se apropia mai mult, cu atât nivelul de anxietate şi de stres al mamei mele creştea mai mult. Eu am fost cea de-a cincea sarcină a ei şi prima pe care a reuşit să o ducă până la capăt. După două avorturi spontane şi doi copii născuţi morţi, teama mamei mele de a nu da naştere unui alt copil mort era de nedescris. Frica provoacă eliberarea de adrenalină, care, la rândul ei, duce la îngustarea vaselor sanguine şi la încordarea tuturor muşchilor, în felul acesta mi-a fost diminuată tot mai mult alimentarea cu hrană şi cu oxigen. În plus, mama mea a primit sedative, care mi-au sporit suferinţa într-un mod nelimitat. Suferinţa mea prenatală i-a determinat pe medici să efectueze apoi o cezariană de urgenţă, o intervenţie prematură care ne-a provocat, mie şi mamei, un alt şoc.

Momentele cumplite în care mă înecam şi aproape mă învineţeam la faţă au devenit de atunci tot mai rare. În

prezent, atunci când în trahee mai pătrunde uneori salivă, pot face faţă situaţiei mult mai bine şi mai repede.

Bibliografie

Dahlke, R. & Neumann, A. (2000): *Die wunderbare Heilkraft des Atmens*. München: Integral

Löwen, A. (1979): *Bioenergetik*. Reinbek: Rowohlt

Marlock, G. & Weiss, H. (2006): *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer

Meissner, B.R. (2001): *Geburt – Ein schwerer Anfang leichter gemacht*. Winterthur: Brigitte Meissner

Morschitzky, H. & Sator, S. (2016): *Când sufletul vorbeşte prin corp*. Bucureşti: Trei

Rainville C. (2010): ÎI grande dizionario della metamedicina. Mailand: Sperling & Kupfer Editori S.p.A.

Strauss, D. (2014): „Abnabelungsund Wiederanbindungsprozess als letzte Phase der Geburt", în: F. Ruppert (ed.): *Frühes Trauma*, pp. 175 – 191. Stuttgart: Klett-Cotta

Patrizia Manukian, n. 1967 la Zürich, este medic naturist, kinetoterapeut, terapeut craniosacral şi consilier-psiholog; ea locuieşte şi lucrează în Italia începând din anul 1991. A urmat cursuri de formare profesională cu Franz Ruppert, iar din anul 2010 conduce şedinţe de terapie de grup şi individuale, în Italia, utilizând metoda constelaţiilor.

www.ritrovaresestessi.com

AURORA WOLF

Ochii mei, trauma mea, eul meu

Ce ne spun ochii noştri despre noi înşine

Prin intermediul ochilor şi al privirii noastre facem primii paşi în această lume. Vedem forme, mişcări, culori, percepem spaţiul, explorăm mediul nostru înconjurător, ordonăm lucrurile şi stabilim contacte. Putem vedea în mod obiectiv sau cu „inima" Contactul vizual ne ajută să stabilim relaţii cu ceilalţi. Adesea, o singură privire este suficientă, de exemplu, în cazul „dragostei la prima vedere" Putem să ne îndreptăm privirea către interior, să

privim înăuntrul nostru şi să vorbim prin intermediul ochilor. Privim lumea „în roz”, suntem orbi din dragoste, nu-i învrednicim pe ceilalţi nici măcar cu o privire, privim cu mâhnire, ne facem nevăzuţi, avem un punct de vedere propriu. Se spune că ochii sunt oglinda sufletului. În privirea unei alte persoane ne putem vedea propria noastră fiinţă. Ceea ce ne luminează ochii sunt sentimentele pe care le trăim în prezent sau pe care le-am trăit în trecut. Vedem ochii copiilor care strălucesc de bucurie sau pe cineva care priveşte cu foarte multă tristeţe. O privire poate fi pătrunzătoare, nerăbdătoare sau rea. Sau poate fi duioasă şi cuprinzătoare.

Şi o traumă poate fi văzută clar în ochii unui om: ochii lui sunt goi şi rigizi, ca şi cum ai putea vedea prin ei, sunt plini de spaimă şi de groază. În ochii lui poţi vedea dorinţă şi teamă. Există ochi care par lipsiţi de viaţă. Poţi vedea când privirea unui om care râde exprimă totuşi ceva complet diferit.

Cum funcţionează vederea noastră *f*

Organul nostru vizual are capacitatea impresionantă de a transforma impresiile vizuale în imagini utile pentru noi. Lumina pătrunde în ochi, trece prin pupilă şi ajunge la retină. Acolo, celulele fotosensibile transformă stimulii optici în semnale nervoase. Informaţiile sunt transmise, prin intermediul nervului optic, către cortexul vizual al creierului, unde se formează imaginile vizuale. Căile optice care pornesc de la ochiul drept şi de la cel stâng se încrucişează la nivelul hipofizei, în mezencefal. Putem vedea cu un singur ochi, însă numai vederea binoculară face posibilă percepţia în spaţiu. Pentru aceasta, impresiile vizuale ale ambilor ochi trebuie să se contopească, altminteri se poate ajunge la strabism sau la vederea dublă. Din punct de vedere fiziologic, reflexul de clipire protejează ochii de corpii străini; iar din punct de vedere psihologic, persoana închide ochii atunci când este copleşită de impresiile vizuale.

Calitatea vederii noastre depinde de stările noastre

sufleteşti şi de obiceiurile noastre. Vederea este strâns legată de simţul echilibrului, de poziţia şi de mişcările corpului. Poziţia înclinată a capului, contracţia muşchilor cefei, oblicitatea pelviană sau deformarea piciorului provoacă un dezechilibru al tonusului muşchilor ochiului şi afectează capacitatea de a vedea. Intervenţiile chirurgicale maxilo-faciale pot afecta vederea. Tensiunea şi stresul depozitate în corp duc la creşterea presiunii intraoculare. Faptul că ochii se află în vecinătatea creierului, relaţia lor cu meningele, cu nervii cranieni, apropierea căilor optice de hipotalamus şi de hipofiză ne permit să credem că funcţiile vizuale sunt implicate în numeroase procese ale organismului.

Ochii se formează în momentul în care copilul nenăscut are o lungime de doi milimetri, pe ambele părţi ale capătului şanţului neural (Blechschmidt, 2012, p. 112). Dacă gravida este stresată în acest stadiu de dezvoltare, acest lucru are o mare importanţă pentru dezvoltarea ulterioară a ochilor şi a calităţii vederii. În pântecele mamei, ochii încă închişi ai fătului pot percepe lumina şi întunericul, precum şi nuanţele subtile de roşu, începând din cea de-a şaptea lună de sarcină copilul deschide ochii, poate recunoaşte forme şi clipeşte, reacţionând astfel la sursele de lumină. După naştere, vederea trebuie exersată în continuare. Sugarul învaţă să-şi focalizeze privirea, să distingă feţele şi să vadă tridimensional. La vârsta de doi până la trei ani, procesul de învăţare este aproape încheiat. Încă din primul moment, copilul încearcă să stabilească un contact vizual cu mama sa. Ochii ei sunt un punct de reper important pentru viaţa sa ulterioară. Mama este cea mai importantă persoană, de care el se ataşează şi care îi oferă orientare. Ea este un model pentru trăirile afective şi comportamentele lui. Ochii mamei simt oglinda lui. Ea îl ajută să-şi dezvolte propriul eu, propria sa identitate. Copilul citeşte în ochii mamei ce intenţii are aceasta şi resimte emoţiile ei. Copilul percepe şi ceea ce mama nu conştientizează, ceea ce ea refulează. Dacă ochii

mamei exprimă bucurie, tristeţe, furie, frică, goliciune, neatenţie sau respingere, copilul se va ghida după aceste emoţii, pentru a rămâne aproape de mama sa.

Afecţiunile oculare şi vederea naturală

Afecţiunile oculare iau o serie de forme, începând cu anomaliile de refracţie (precum miopia, hipermetropia, astigmatismul, cecitatea nocturnă, strabismul, glaucomul, cataracta, inflamarea papilei optice) şi mergând până la afecţiunile fizice în care sunt implicaţi şi ochii, cum ar fi, de exemplu, retinopatia diabetică, oftalmia cu tinitus şi extremităţi reci, bolile sistemului nervos central asociate cu apoplexia, tumorile, tulburările metabolice, bolile cu transmitere sexuală. Intervenţiile chirurgicale, accidentele, tensiunile din sistemul meningeal pot provoca afecţiuni oculare.

În prezent, deficienţele de vedere sunt considerate a fi normale în ţările industrializate. Vederea normală (naturală) presupune să privim la distanţă în proporţie de 80% şi ne uităm de aproape în proporţie de 20%. În ţările industrializate, lucrurile stau invers. Potrivit unui studiu realizat în anul 2014 de Institutul Allensbach, 63, 5% din populaţie poartă ochelari, iar 5, 2% poartă lentile de contact.51 O cercetare efectuată în anul 2010 de casele de asigurări de sănătate bavareze a constatat faptul că o treime din aproximativ 850 de copii de grădiniţă aveau probleme oculare. Testele oculare efectuate pe nomazii din Tibet şi din Maroc au indicat faptul că, adesea, aceste popoare primitive au, până la vârste înaintate, o performanţă vizuală foarte bună, atât în ceea ce priveşte vederea la distanţă, cât şi cea de aproape (Büchler şi Becker, 2011, p. 139). Frank Schaeffel a declarat pentru ediţia Online a revistei *Focus* că doar 5% dintre indienii amazonieni simt miopi. Exemplul copiilor din tribul *moken* din Thailanda demonstrează faptul că ochii pot fi foarte flexibili (copiii acestui trib îşi petrec majoritatea timpului în apă, căutând mâncare şi, astfel, au dezvoltat o vedere sub apă la fel de bună precum cea a delfinilor – *n.t.*). Ei îşi

îngustează extrem de mult pupilele, pentru a avea şi sub apă o vedere foarte ageră.52

Abordări privind vindecarea afecţiunilor oculare şi a tulburărilor de vedere

Oftalmologia: Pentru persoanele care suferă de miopie şi de hipermetropie oftalmologii prescriu ochelari. Astigmatismul este corectat cu lentile cilindrice. Poate fi operat cu laser şi, în felul acesta, medicii câştigă mulţi bani. În plus, se prescriu numeroase medicamente. În medicina convenţională continuă să fie irelevant faptul că ochii se mişcă prin contracţiile muşchilor care pot fi şi tensionaţi sau hiperflexibili, că întregul organism este implicat în performanţa vizuală şi că aceasta depinde de starea psihică a persoanei respective.

Abordările holistice: Toate abordările holistice au în comun ideea că alimentaţia, comportamentul, activitatea fizică şi sistemul imunitar joacă un rol important, atunci când este vorba despre o bună vedere şi despre sănătatea ochilor. Se recomandă cure de detoxifiere şi de curăţare a colonului. În medicina chineză, funcţionarea ficatului este strâns legată de cea a ochilor. Tratamentul prin acupunctură dezvoltat de Boel are drept scop stimularea procesului de autovindecare. Pentru tratamentul ochilor se administrează suplimente alimentare. Există şi posibilităţi de tratament combinate cu psihologia, cum ar fi kinesiologia, metoda Feldenkrais de cultivare a motricităţii, exerciţiile pentru coordonarea dintre corp, voce şi ochi. Şi osteopatia consideră că tratamentul ochilor este eficient doar dacă este abordat din punct de vedere holistic.

Baza tuturor exerciţiilor oculare o constituie metoda doctorului W. Bates. Leo Angart, cel care a dezvoltat exerciţiile de antrenare a ochilor, ce se bazează tot pe metoda lui Bates, atrage atenţia asupra următorului lucru: „Este important ca problemele dificile din trecut să fie rezolvate, altminteri se poate întâmpla ca persoana să aibă scurte perioade în care vede clar, dar care nu vor fi de

durată” (Angart, 2004, p. 73).

Experienţele mele cu metoda constelaţii intenţiei

De ce sunt miop? De ce câmpul meu vizual este limitat? De ce ochii mei sunt inflamaţi? De ce tensiunea intraoculară a ochilor mei este prea mare? De când am probleme? Cum mi-a afectat acest lucru calitatea vieţii? Lucrând cu metoda constelării intenţiei, dezvoltată de prof. Ruppert, am învăţat o metodă pe care o consider, atât pentru mine însămi, cât şi pentru clienţii mei, ca fiind piatra de temelie în ceea ce priveşte munca terapeutică şi care poate oferi răspunsuri la întrebările de mai sus.

În constelaţiile identităţii, relaţiile reciproce se stabilesc prin contact vizual. Se spun lucruri precum: te pot vedea clar. Nu te văd, este un gol. Pot vedea prin tine. Un ochi se mişcă spre dreapta, celălalt spre stânga. Nu mă pot uita la tine. Ochii sunt închişi, privesc spre podea sau în sus. Lipsa contactului devine perceptibilă. Lucrul cu metoda constelării intenţiei (exprimate printr-o propoziţie) reprezintă o mare oportunitate de a te apropia de tine însuţi, de a accepta toate caracteristicile propriei identităţi. Relaţia cu sine se reflectă în exterior.

În timpul procesului meu de dezvoltare profesională şi personală am căutat mereu modalităţi de a descoperi cauzele simptomelor fizice, pentru a le rezolva. Din experienţele mele în ceea ce priveşte afecţiunile oculare şi problemele de vedere, cauzele îşi au originea în perioada prenatală, perinatală şi postnatală, în lipsa structurării eului sau într-o structură slabă a acestuia, în identitatea confuză, în trauma de iubire, în lipsa contactului şi a relaţiilor, în dinamica agresor-victimă.

De asemenea, se confirmă faptul că şi consumul de medicamente, dependenţa de droguri şi de alcool sau, de exemplu, rubeola pe care mama a făcut-o în timpul sarcinii pot duce la dezvoltarea afecţiunilor oculare.

Paşii către însănătoşire simt următorii:

Înţelegerea şi asumarea propriul adevăr, luarea deciziilor într-un mod autonom, reinitierea contactului cu

sine, crearea unui ataşament cu tine însuţi, o nouă conştientizare de sine şi, în general, procesarea propriei biografii traumatice.

Adesea, un simptom care se manifestă la mai multe niveluri trebuie să fie identificat şi numit de mai multe ori. Acest lucru înseamnă să continui să procesezi problema până când simptomul este eliberat de sarcina ce-i revenea.

Ataşez două studii de caz ale unor persoane cu care am lucrat pe o perioadă mai lungă de timp.

Studiu de caz: Anna

Anna avea strabism încă din fragedă copilărie. Cu ochelari, capacitatea ei de vedere era de 60%. Tratamentele obişnuite nu au avut niciun efect. Anna vedea numai imagini duble. O intervenţie chirurgicală efectuată la vârsta de 18 ani, care a constat în scurtarea a şase muşchi oculari, a avut succes, însă cauza strabismului nu a fost înlăturată în urma acestei intervenţii. Anna era mereu bolnavă. Viaţa ei nu avea un curs normal. A făcut terapie corporală şi psihoterapie. Abia cu ajutorul metodei constelării intenţiei a fost descoperită cauza afecţiunii ei oculare şi a putut fi explicat cursul dificil al vieţii ei: încă de la începutul vieţii a fost marcată de experienţa faptului de a nu fi dorită şi de consumul de medicamente la care mama a apelat în timpul sarcinii. Iar procesul naşterii avea o legătură directă cu strabismul ei.

În anumite situaţii, Anna observa cum unul dintre ochi alunecă spre interior, iar acuitatea vizuală a ochilor ei se diminuează semnificativ. Astfel, în timpul unei călătorii pe autostradă, „brusc” nu a mai văzut aproape nimic cu ochiul stâng. Într-o constelaţie pe această temă a ieşit la iveală faptul că Anna era prinsă fără putinţă de scăpare între părinţii ei şi între certurile lor permanente. Copilul era loial faţă de tatăl său. El căuta contactul cu pielea lui. Însă tatăl Annei a traumatizat-o sexual încă de pe vremea când ea era un bebeluş. În timpul unui viol prin sex oral, ochiul stâng i-a fost presat cu putere. Anna şi-a pierdut cunoştinţa şi, fiind aproape să moară, a leşinat „brusc”.

Astăzi, Anna vede cu ochelari în proporţie de 100%. Ea este tot mai stabilă în interior, ceea ce o face să aibă şi o vedere mai ageră şi mai clară. Acum ochii ei simt perfect aliniaţi.

Studiu de caz: Zoe

Miopia lui Zoe a apărut brusc, la vârsta de 40 de ani. Era o femeie de succes într-o profesie dominată de bărbaţi. Spune că nu are o viaţă proprie. Face de mult timp terapie şi, de câteva luni, a devenit familiarizată cu metoda constelării intenţiei. Ea scrie pe tablă următoarea intenţie: „Eu vreau să intru în contact cu boala mea de ochi”. Această intenţie duce la dezvoltarea următorului proces:

EUL o ia pe Zoe de mâini, spunându-i: „Nu mă uit la tine. Este ciudat, dar ochii mei se îndreaptă mai ales în sus. Vreau să am totul sub control. Şi se întâmplă aşa…”

ZOE: „pentru că jos nu este nimic”.

EUL: „Da. Ce să văd acolo?! Mă dor ochii când mă uit în jos. Prefer să fiu cu ochii pierduţi în ceruri”.

Zoe aşază la un metru distanţă de ea o figură de pluş care simbolizează cuvântul OCHI şi o minge galbenă pentru cuvântul BOALĂ. OCHII stau foarte aproape de BOALĂ.

EUL: „Mă simt mai bine acum, când OCHII sunt aici. Mă pot uita la ei. Îi percep într-un mod neutru. BOALA, în schimb, mă înfurie”.

Una dintre reprezentante preia rezonanţa pentru cuvântul BOALĂ: „Aproape că nu pot ridica mingea. Este incredibil de grea. Este abdomenul meu”.

Zoe râde.

BOALA: „Nu este amuzant. Ţin mingea ca pe un ou crud. Sunt oarecum mândră. Mă simt de parcă aş fi gravidă”.

EUL: „Are de-a face cu mine. Simt şi eu acelaşi lucru”.

BOALA: „Acum nu mai sunt mândră. Ce se întâmplă cu mine?”

Zoe are o senzaţie de presiune în cap.

BOALA: „Este deja foarte mare şi este o povară. Dacă aş fi însărcinată, aş avea cvadrupleţi. Respir cu greu”.

EUL: „Progesteron”.

BOALA: „Nu pot să stau decât în picioare sau culcată”.

Zoe explică: „După un avort spontan pe care l-am avut la vârsta de 35 de ani, medicii m-au convins să recurg la o inseminare artificială. Mi s-a spus că totul va fi minunat. Însă administrarea de hormoni m-a suprasolicitat. De la mărimea 36 pe care o purtam la haine am ajuns rapid la mărimea 46. Mă simţeam de parcă eram umflată cu pompa”.

BOALA: „O sarcină supradimensionată. Paralizează braţele şi picioarele. Am o senzaţie de presiune în cap, în spatele urechilor”.

Zoe: „Tone de injecţii. Nu le puteam suporta. Hormonii mi-au modificat corpul şi psihicul”.

EUL: „E mult prea mult pentru ochi. De aceea sunt afectaţi!”

OCHII se uită pentru o clipă în sus, apoi se uită insistent la BOALĂ.

Zoe: „Am fost un cobai. Inseminarea artificială era la început. Hormonii erau mai importanţi decât femeia care îi primea. Până la urmă, medicii nu au mai putut să discute decât cu soţul meu. Eu nu mai aveam voce”.

OCHII: „Când aud cuvântul «cobai», îmi apar crampe abdominale şi văd neclar”.

Zoe: „Aceştia simt hormonii, nu sarcina”.

EUL: „Din câte se pare, miopia a apărut din cauza chestiunii cu hormonii”.

BOALA nu mai poate suporta starea de tensiune. Începe să aibă crampe stomacale şi abdominale. Zoe ştie cum este, a avut şi ea. Treptat, devine conştientă de situaţia care se află în spatele bolii ei de ochi şi de faptul că este vorba despre ea, despre suferinţa ei şi despre ceea ce i s-a întâmplat.

Zoe îl aduce şi pe reprezentantul cuvântului MEA.

MEA stă în faţa BOLD, alături de OCHI: „Este abdomenul meu, sunt ochii mei. Oh, ceva iese din mine! Mă simt de parcă mi s-a scurs tot sângele, leşin”.

Zoe confirmă: „Am avut sângerări şi am mers la spital. Mi s-a spus că nu este nimic periculos şi că a doua zi pot reveni. A doua zi m-am sculat din pat şi am pierdut copilul din cauza unei hemoragii. Eu însămi m-am prăbuşit, eram aproape să mor. Soţul meu nu era de faţă. Când am fost apoi internată pentru chiuretaj, am stat lângă o femeie care voia să facă un avort şi se lamenta. A fost pur şi simplu prea mult pentru mine. Am plecat din spital şi m-am trezit din nou cu toate problemele complet singură”.

EUL: „Incredibil! Acum ştii de ce ochii tăi erau îndreptaţi în sus. Nu ai putut privi. Totul a avut legătură cu inseminarea artificială, cu sarcina, cu copilul pierdut, cu suferinţa ta”.

Zoe a reuşit să conştientizeze pentru prima oară că ea însăşi avea o imensă suferinţă. Celelalte cuvinte din propoziţia ce exprima intenţia ei au scos la iveală o identificare cu mama (VREAU) şi au făcut trimitere la o traumă (CU) pe care Zoe a suferit-o în copilărie. CONTACTUL era dispus să stabilească o relaţie, însă Zoe trebuia să se decidă să intre în contact cu ea însăşi.

În următoarele săptămâni a ieşit şi mai bine la iveală adevărul cu privire la trecutul lui Zoe. Mama sa avusese înaintea ei doi fii şi ambii muriseră la o zi după naştere. Zoe a preluat trauma de pierdere prin intermediul relaţiei de ataşament cu mama sa. Ea însăşi a suferit o traumă de pierdere şi o traumă existenţială şi a avut parte de un comportament abuziv din partea medicilor. În permanenţă au fost luate decizii cu privire la soarta ei. Zoe a fost complet singură cu toate problemele. La vârsta de 17 ani, când a rămas ea însăşi însărcinată pentru prima oară, mama ei a trimis-o cu avionul în Anglia, pentru a face avort. Tatăl ei nu a fost informat cu privire la acest lucru. La vârsta de 21 de ani a rămas din nou însărcinată. Soţul ei nu a făcut faţă situaţiei. Avortul a fost organizat de către

socri. La vârsta de 35 de ani, Zoe i-a povestit soţului ei despre sarcină abia când era deja în luna a patra. În acel moment a pierdut copilul. Odată cu apariţia miopiei a început să fumeze şi a dobândit mai multe boli somatice.

Zoe a înţeles dinamica agresor-victimă din interiorul ei. Analizarea problemelor oculare i-a deschis posibilitatea de a avea acces la traumele care îşi aveau originea în copilăria timpurie a lui Zoe. Toate simptomele fizice s-au ameliorat în mod vizibil. Zoe mai are nevoie de ochelari doar atunci când conduce maşina.

În cursul anului următor Zoe a vrut să continue să-şi analizeze sentimentele. Ea stabilise o relaţie strânsă cu un refugiat. Ea şi soţul ei îl îngrijesc pe acest refugiat de parcă ar fi propriul lor copil. Zoe spune că are sentimente materne pe care nu le-a simţit niciodată şi pe care vrea să le trăiască. Odată cu luarea acestei decizii şi cu sentimentele pe care Zoe le percepe ca fiind pozitive, ea a intrat în rezonanţă şi cu sentimentele stresante. Refugiatul aproape adoptat a fost ca o oglindă a propriilor sale experienţe traumatice. Mama lui l-a abandonat pe când el avea şase ani. Când a devenit adult, el a încercat să intre în contact cu mama sa şi a fost din nou respins. Pe lângă experienţele de război care îi ameninţau viaţa, respingerea de către propria sa mamă a fost pentru el motivul decisiv care l-a făcut să-şi părăsească ţara. Povestea vieţii sale a trezit în Zoe amintiri şi sentimente provenite din propria ei biografie: lipsa sentimentului de apartenenţă, izolarea, faptul de a fi singură, ameninţarea existenţială, sentimentul de a fi respinsă de propria mamă. Ea şi-a amintit şi de faptul că, la vârsta de 40 de ani, a rămas însărcinată pentru ultima oară. Şi a putut să simtă realmente acea pierdere a copilului, dar şi propria ei suferinţă şi sentimentul ameninţării cu moartea.

Zoe a înţeles tot mai mult legăturile cu avorturile ei. În ciuda vârstei, ea simte o vitalitate care este nouă pentru ea. O constelaţie ulterioară a scos la iveală o respingere puternică din partea mamei sale, care a dus la tentativa de

a o avorta pe Zoe. A înţeles din nou că nu avea nicio relaţie cu părinţii şi nici chiar cu bunicii ei.

Zoe îşi dă seama că încă îi este greu să se uite în ochii oamenilor. Îşi aminteşte de prima constelaţie, în care eul ei şi-a îndreptat ochii în sus. Îşi aminteşte că lângă patul bunicilor în care ea dormea se afla o *Biblie*. Numeroasele imagini ale acelei cărţi îi stârniseră interesul, iar bărbatul mare şi puternic – Dumnezeu – devenise din acel moment punctul ei de referinţă. La vârsta de patru ani îi plăcea să meargă la biserică, pentru a-l vedea pe acest bărbat. Pentru ceilalţi, Zoe era femeia cea puternică şi mereu prezentă. Însă ea nu putea acţiona în favoarea ei.

Acum ea a început să-şi perceapă propria persoană, să-şi înţeleagă sentimentele, să se pună pe primul loc şi să facă ceea ce îşi doreşte cu adevărat.

Bibliografie

Angart L. (2004): *Vergiss deine Brille*. München: F.A. Herbig

Blechschmidt E. (2012): *Ontogenese des Menschen*. München: Kiener

Büchler, U. & Becker, K.J. (2011): *Freude am Durchblick*. München: Kösel

Aurora Wolf este cântăreaţă, profesoară de canto, specialist în terapia prin mişcare şi în osteopatia craniosacrală. Între 2009 şi 2012 a absolvit un curs de formare profesională cu Birgit Assel după metoda lui Franz Ruppert, iar mai târziu a urmat cursuri de formare cu Franz Ruppert. În anul 2011 şi-a deschis propriul său cabinet particular în Aichwald, lângă Stuttgart.

www.koerper-trauma-ich.de

ANNEMARIE DENK

Durerile cronice – consecinţe ale traumei /

Ce este durerea?

Prin termenul „durere” pot fi exprimate multe simptome: disconfort, suferinţă, probleme, rănire, greaţă, senzaţie de apăsare, mâhnire, nefericire, stres, dezolare, povară, necaz, depresie, tristeţe, descurajare, caznă,

supărare, chin, îngrijorare, jale, greutate, îndurerare, durere sufletească, grijă, agonie sau nenorocire. Chiar şi numai aceste cuvinte relevă faptul că durerea nu se referă numai la suferinţa fizică. Ci ea se referă şi la latura afectivă a durerii. Deşi în ultimele decenii medicina a început să înţeleagă aspectul biopsihosocial al durerii, de obicei, ea caută o cauză fizică pentru a explica durerea. Internetul, articolele din ziare şi literatura de specialitate explică doar latura somatică a durerii cronice. Aspectul psihic se află adesea în planul secund.

Orice persoană care are dureri puternice pe o perioadă mai lungă de timp îşi doreşte să scape, până la urmă, de ele. În Germania, aproximativ 12 până la 15 milioane de oameni primesc ajutor medical pe termen lung pentru tratarea durerii. Dintre aceştia, patru până la cinci milioane sunt puternic afectaţi de această problemă.

„Asociaţia Internaţională pentru Studiul Durerii" (IASP) defineşte durerea ca fiind o experienţă senzorială şi emoţională neplăcută, care este asociată cu vătămarea reală sau potenţială a ţesuturilor sau care este descrisă în termenii unei asemenea vătămări (Sendera şi Sendera, 2015). Această definiţie subliniază faptul că durerea are şi o componentă afectivă. Ea pune pe picior de egalitate durerea fizică şi durerea care nu este declanşată de factori somatici.

Durerea acută

În ceea ce priveşte funcţia ei primară, durerea este un semnal de avertizare care ne atenţionează atunci când ceva devine periculos şi ne-ar putea ameninţa viaţa. Durerea acută este limitată din punct de vedere temporal şi are o localizare restrânsă. Ea serveşte drept protecţie împotriva vătămărilor, ca atunci când, de exemplu, stimulul dureros îl determină pe copil să-şi retragă rapid degetele de pe plita aragazului, protejându-l astfel împotriva unei noi arsuri. De asemenea, durerea acută ne poate determina să ne îndreptăm atenţia spre cauzele sale. Importanţa acestui sistem de avertizare bazat pe durere

devine evidentă atunci când acesta nu mai funcţionează. Oamenii care nu simt nicio durere simt extrem de periclitaţi. Ei nu simt nimic atunci când se rănesc.

Care este cauza durerii cronice?

Vorbim despre durere cronică atunci când o durere persistentă sau recurentă durează o perioadă de cel puţin trei până la şase luni sau chiar mai mult. Adesea, ea nu are nicio cauză organică şi prezintă diverse forme de manifestare. Pentru persoanele cu dureri cronice, durerea şi-a pierdut funcţia ei iniţială. Ea este copleşitoare, chinuitoare, înţepătoare, arzătoare, îi face neputincioşi pe cei afectaţi, transformându-i în nişte victime. Majoritatea oamenilor cu dureri cronice au în spate o lungă istorie de suferinţe. Vizitele repetate la medic, schimbarea medicului, medicamentele cu multe efecte secundare şi numeroasele intervenţii chirurgicale nu au avut niciun succes. Durerea continuă să persiste, în timp ce boala sau vătămarea care a declanşat-o nu mai poate fi recunoscută. Durerea *a* devenit un fenomen de sine stătător.

Acum ştim că zonele responsabile pentru emoţii şi pentru durerea fizică simt situate în aceeaşi regiune a creierului. Într-un studiu, Eisenberger şi Liebermann (2014) au demonstrat faptul că respingerea socială şi durerea fizică activează în creier aceleaşi structuri. Într-un metastudiu, Ralf Nickel menţionează studiile longitudinale efectuate pe un număr mare de cazuri, care demonstrează existenţa unei legături clare între trauma petrecută în copilăria timpurie şi durerea cronică apărută la vârsta adultă (Nickel, 2017). În urmă cu o sută de ani bebeluşii erau încă consideraţi ca fiind insensibili la durere. Între timp a devenit evident faptul că noi, oamenii, simţim dureri deja cu mult înainte de a ne naşte. Sistemul nervos începe să se formeze din ectoderm încă din cea de-a 17-a zi de sarcină. Un copil nenăscut poate avea senzaţii de presiune încă din cea de-a cincea săptămână şi jumătate de sarcină şi poate simţi pe piele, în pântecele mamei, stimulii dureroşi (Krüll, 2009). Într-un studiu comparativ efectuat

pe copii născuţi prematur şi pe copii născuţi la termen, Hermann şi Fior au demonstrat, printre altele, faptul că experienţele dureroase timpurii, adică trăite în perioada în care sistemul de procesare a durerii se află încă într-un proces de maturizare, generează, până la vârsta de 16 ani, activităţi cerebrale care intensifică în mod cronic durerea.53

Durerea şi lipsa iubirii

Jutta a suferit de ani de zile de „sindromul durerii cronice”, având dureri la nivelul coloanei cervicale şi lombare, precum şi în zona nervului sciatic. În copilărie ea a stat timp de cinci ani într-un cămin de copii, iar, ca bebeluş, era lăsată acasă singură şi adesea nu primea mult timp nimic de mâncare. Într-o şedinţă de terapie în care a lucrat cu metoda constelaţii intenţiei, Jutta a vrut să afle care este cauza durerilor ei. A ieşit la iveală faptul că, pe când era însărcinată, mama ei a fost bătută de tatăl alcoolic al Juttei şi a fost lovită cu piciorul în abdomen. Persoana rezonantă pentru cuvântul „durere” a simţit că este o parte traumatizată din copilăria Juttei, care are o frică imensă şi care vrea să scape de bătaie şi să se ascundă. După realizarea constelaţiei, mama şi bunica Juttei i-au confirmat acesteia că totul s-a întâmplat exact aşa.

Întrucât Jutta a reuşit să-şi recunoască treptat experienţa ei traumatică timpurie, să o admită, să o simtă şi să-i atribuie un loc printre celelalte experienţe, deşi nu a scăpat complet de dureri, ea are totuşi un sentiment clar de uşurare. Ea poate acum să facă faţă mult mai bine durerilor ei.

După această primă constelaţie, pe care a realizat-o în urmă cu aproximativ trei ani şi jumătate, Jutta a continuat să lucreze cu sine într-un cadru terapeutic. Astfel, depresiile pe care le avea înainte au dispărut. Între timp ea a reuşit să înlocuiască cârjele, cu care încă mai umbla în urmă cu patru ani, cu nişte bastoane, pe care încă le mai foloseşte „pentru siguranţă”. Ea spune: „Acum

ştiu că nu am primit dragoste, însă astăzi îmi pot oferi singură această dragoste”.

Teoria memoriei durerii

Stimulii dureroşi şi tactili ajung, prin intermediul terminaţiilor nervoase de la nivelul pielii şi al musculaturii, la cornul posterior al măduvei spinării, de unde simt reîndreptaţi către talamus, iar de acolo direct către zona cerebrală responsabilă de recepţionarea stimulilor senzoriali, adică în cortexul somato-senzorial. Joachim Bauer (2002) descrie un studiu realizat de Niels Birbaumer şi Herta Fior, care au efectuat cercetări pentru a demonstra existenţa unei „memorii a durerii”. Când stimulii senzoriali acţionează asupra organismului, la nivelul acestei regiuni a cortexului se formează reţele neuronale. Atunci când se folosesc stimuli dureroşi de intensităţi egale pentru mai mulţi subiecţi, pacienţii cu dureri cronice simt dureri mult mai puternice comparativ cu persoanele sănătoase. Însă aceste reţele neuronale nu se dezvoltă doar în zona cortexului, d ele formează şi interconexiuni cu girusul cingular din sistemul limbic al creierului. În zona anterioară a acestuia durerea capătă şi o valoare afectivă. În felul acesta durerea fizică este stocată în creier, iar datorită interconedării neuronale ea este stocată şi în zona responsabilă cu emoţiile. Acest lucru duce la crearea unei regiuni mai largi responsabile cu memoria durerii. Simptomele fizice se pot vindeca, însă reţelele formate în creier continuă să existe.

Drept urmare, un stimul dureros normal poate declanşa semnale de durere mai puternice. Se poate întâmpla, de asemenea, ca aceste reţele ale durerii să nu funcţioneze ani de zile şi să nu provoace niciun disconfort, mai ales în perioadele în care persoana duce o viaţă echilibrată şi fericită. Însă, dacă apare o criză sau o situaţie de stres psihosocial, cum ar fi separarea, divorţul, decesul unei rude sau o situaţie stresantă din punct de vedere profesional, atunci zonele cerebrale responsabile cu emoţiile se activează. Dacă, de exemplu, persoana este

tristă şi se simte respinsă, memoria durerii se poate reînsufleţi (Bauer, 2002, Egle, Hoffmann, Lehmann şi Nix, 2003). Stresul emoţional se conectează la cortex prin intermediul căii formate odinioară şi se manifestă ca durere fizică. Întrucât evenimentul iniţial a fost adesea clivat şi trimis în inconştient din cauza faptului că nu putea fi suportat, el nu mai poate fi considerat drept cauză. Persoana afectată nu ştie ce se întâmplă, nu vede legătura cu evenimentul iniţial şi nu-şi poate explica durerea apărută.

Persoana încearcă apoi la nesfârşit să afle care este cauza, pe care de obicei o caută în corpul fizic. Pacienţii insistă că găsească o cauză organică pentru durerea lor şi nu vor să fie expediaţi în „zona psihică” Din punct de vedere medical tratamentul este în mod predominant clasic, adică medicamentos, fizioterapeutic şi chirurgical. Numai în 5% dintre cazurile de durere cronică este iniţiată o psihoterapie, aşa cum s-a constatat într-un studiu efectuat la nivelul întregii Germanii pe un număr de 900 de pacienţi (Sendera şi Sendera, 2015).

Factorii de risc pentru cronicizarea durerii

Diferite studii efectuate în SUA, Suedia şi Germania descriu faptul că aproape 50% dintre pacienţii cu dureri cronice au suferit în trecutul lor experienţe de violenţă gravă (Bauer, 2002). Printre acestea se numără tortura, chinuirea, bătăile din copilărie, maltratările, abuzul, neglijarea, respingerea, excluderea, precum şi experienţa îndelungată a durerii şi a stresului suferite în copilăria timpurie. Asemenea traume lasă întotdeauna urme dureroase, indiferent dacă este vorba despre o traumă fizică sau emoţională. Chiar şi numai observarea unei traume, de exemplu faptul de a asista la bătaia îndurată de unul dintre fraţi, creşte, prin intermediul neuronilor-oglindă, activitatea cerebrală în zonele care simt responsabile de resimţirea durerii (Stelzig, 2016).

O serie de factori care favorizează cronicizarea aduc la suprafaţă strategii de supravieţuire care fac trimitere la

o traumă petrecută în trecut. Dintre acestea fac parte comportamentul anxios, tensiunea psihovegetativă permanentă, tendinţa spre catastrofizare, comportamentul de evitare, rezistenţa îndelungată, minimalizarea, ignorarea permanentă a limitelor stresului, incapacitatea de a percepe şi de a exprima sentimente, pasivitatea, autoculpabilizarea sau gândirea fatalistă (Wachter şi Hendrischke, 2016; Adler şi alţii, 2017).

La mulţi pacienţi cu dureri cronice, cu care lucrez într-o clinică pentru tratarea durerii, dar şi în cabinetul meu particular, nu se poate identifica nicio cauză organică. Pentru aproximativ 30% dintre pacienţi nu pot fi descoperite cauze organice nici după efectuarea unor examinări îndelungate. Ei suferă de dureri „somatoforme”, adică au dureri care nu au o cauză fizică. Printre aceştia se numără oamenii care au dureri în tot corpul, precum şi oamenii cu dureri „migratoare”.

Violenţa şi durerile

Din câte îşi aminteşte, Ruth a fost dintotdeauna agresată de mama sa, încă de pe vremea când era în pântecele ei şi după ce s-a născut. Nici tatăl nu a împiedicat-o pe mama ei să-i bată pe copii, d le-a cerut acestora să fie cuminţi şi să nu o enerveze pe mama.

Durerile lui Ruth au început în urmă cu 20 de ani, după naşterea propriilor copii, când aceştia o enervau mereu, iar Ruth îşi reprima impulsul de a le administra bătăi. Voia ca odraslele sale să nu păţească niciodată ceea ce i se întâmplase ei. De atunci, a avut dureri alternante în diferite părţi ale corpului. La început a apărut o durere de umăr de cauză necunoscută. De 15 ani avea mereu dureri abdominale severe, a căror cauză nu a fost nici ea descoperită. De asemenea, de zece ani se plângea de dureri de cauză necunoscută în şoldul drept, în urmă cu cinci ani au apărut dureri în genunchiul drept, în laba piciorului şi în glezna dreaptă. De doi ani are dureri la un deget de la mâna dreaptă. La începutul anului 2016 nu a putut dormi noaptea din cauza unor înţepături puternice

permanente pe care le resimţea în partea dreaptă a ombilicului. Timp de mai multe săptămâni a simţit mereu dureri de intensitate maximă (10, pe o scală de la 1 la 10), care nu aveau o cauză clară şi concretă.

Întrucât Ruth nu voia să ia analgezice, a ajuns să apeleze la terapia traumei şi aşa se face că a ajuns la mine. În timpul mai multor şedinţe în care a lucrat cu metoda constelării intenţiei şi care au durat câteva luni şi-a dat seama cât de mult o marcaseră bătăile mamei sale, determinând-o, astfel, să se îndepărteze de ea însăşi şi de sentimentele sale. Pe măsură ce a reuşit să accepte şi să simtă toate acestea din punct de vedere emoţional ca fiind o realitate, cu timpul durerile au început să cedeze.

În copilărie, lui Ruth nu i s-a permis cu niciun preţ să-şi manifeste durerea fizică, altminteri mama ei o bătea din nou. Neavând de ales, a trebuit să-şi reprime durerea atât de mult, încât în cele din urmă a ajuns să nu o mai conştientizeze. Pentru a nu simţi durerea, a dezvoltat strategii de supravieţuire sub forma „evadării într-o lume a viselor" sau „mai bine să mori decât să suporţi aşa ceva". Astfel, în copilărie Ruth a avut un accident în urma căruia a suferit o comoţie cerebrală gravă şi în care era să moară. Ea spune că la acea vreme nu s-ar fi întristat dacă ar fi murit cu adevărat. Nici când a suferit, la doisprezece ani, o fractură de tibie şi de peroneu, nu a mai vrut să se întoarcă în această lume.

Într-o altă şedinţă de terapie în care a lucrat cu metoda constelării intenţiei, Ruth şi-a dat seama că în spatele tuturor acestor dureri se afla mama ei. Aceasta era distantă faţă de ea, era imprevizibilă şi furioasă şi o bătuse fără motiv încă de la o vârstă fragedă, astfel încât Ruth preferase să moară decât să fie nevoită să mai suporte bătăile mamei ei. În calitate de persoană rezonantă pentru cuvântul DURERE am simţit în inimă durerea cauzată de răceala mamei ei. Eram aproape să plâng. Brusc, acest sentiment s-a transformat şi m-am simţit în locul mamei, eram furioasă fără motiv pe Ruth şi voiam s-o umilesc, ba

chiar îmi făcea plăcere să o bat.

După câteva săptămâni, Ruth mi-a scris următoarele: „Chiar în timpul acestei ultime şedinţe mi-am dat seama cât de puternică era armura pe care mi-o pusesem. Până la acel moment privisem această experienţă prin ochelari roz şi nu îndrăznisem să recunosc cât de violente fuseseră bătăile pentru mine. Acum pot spune: da, aşa se simte această durere din punct de vedere emoţional! Pentru mine, faptul de a nu mai fi nevoită să port această armură a fost şi este o experienţă importantă şi o mare eliberare. Abia acum conştientizez cu adevărat cât de violentă a fost toată această experienţă pentru mine. Iar această conştientizare, această claritate este pentru mine ca o mântuire. Mă simt de parcă inelele de fier care m-au încorsetat plesnesc şi sunt tăiate. Este ca o eliberare. Acum sunt eu însămi şi nu mai permit să fiu enervată de alte persoane, care altă dată mă scoteau repede din sărite cu ironiile lor. Rămân eu însămi şi sunt doar eu”. În perioada următoare, intensitatea durerilor lui Ruth a continuat să scadă: „Acum nu mai simt decât o umbră a ceea ce a existat odată, nu mai simt aproape nicio durere. Calitatea vieţii mele a crescut enorm”.

După părerea mea, oamenii care găsesc o cauză organică pentru durerea lor au mai degrabă dezavantaje decât avantaje. Durerile care au cauze organice sunt tratate doar din punctul de vedere al medicinei convenţionale. În felul acesta, disponibilitatea de a lua în considerare cauzele psihice în tratarea bolilor este redusă. Asemenea pacienţi insistă să primească un tratament medicamentos, vor analgezice, consimt repede să fie supuşi unor intervenţii chirurgicale şi primesc în cabinetele medicilor întotdeauna un răspuns medical. Cunosc pacienţi cu dureri cronice care au suferit nu rareori mai multe intervenţii chirurgicale şi care au, de asemenea, boli interne. Însă, un pacient cu dureri cronice la care s-a depistat o cauză organică poate să fi suferit traume, la fel ca orice altă persoană. Poate tocmai din

cauza faptului că intuieşte că are nişte probleme neprocesate care îi provoacă anxietate, el are tendinţa să le evite şi se agaţă şi mai mult de durerile sale fizice ca strategie de supravieţuire în urma traumelor. Însă cu fiecare operaţie şi cu fiecare medicament îşi provoacă, eventual, noi leziuni traumatice.

De ce sunt eu atât de crispată?

Nicole, în vârstă de 54 de ani, suferă de dureri puternice de cap de când a avut, la vârsta de 4 ani, o meningită. Acestea s-au intensificat foarte mult după ce a suferit o hemoragie cerebrală, care a necesitat o intervenţie chirurgicală şi care a fost asociată cu dureri la nivelul articulaţiei temporo-mandibulare. Nicole a urmat diverse terapii ale durerii. Face psihoterapie şi practică metode de relaxare. Uneori se simte mai bine, însă apoi se simte din nou mai rău. Din cauza efectelor secundare puternice, nu mai vrea să ia de mult analgezice. Însă, în cele din urmă, durerile de cap devin atât de puternice, încât vrea să încerce să-şi relaxeze muşchii maxilarului şi cei ai gurii, care sunt complet tensionaţi, cu ajutorul unui relaxant muscular.54 Speră ca în felul acesta durerile să cedeze.

Nicole ia relaxantul muscular de la farmacie. Însă, întrucât simte un disconfort la gândul că va lua medicamentul, iniţial evită să-l ia. În acest moment vine la mine, la o şedinţă de tera*'99*

pie, cu următoarea intenţie: „De ce sunt eu atât de crispată?” Reprezentanta cuvântului CRISPATA îşi ţuguie buzele şi strânge din dinţii din faţă, pentru ca nimic rău să nu poată intra în gura ei. Această strângere din dinţi care înseamnă „a ţine gura închisă” îi declanşează reprezentantei, după doar câteva minute, tensiuni în zona gâtului, cefei şi a capului. Se simte mică, precum un bebeluş în vârstă de doar câteva săptămâni. Reprezentanta sintagmei DE CE recunoaşte că se străduieşte să scuipe ceva. Şi este îngrozită de faptul că i se varsă ceva în gură, pentru ca ţipetele ei de bebeluş să nu mai poată fi auzite şi

ca ea să adoarmă. Reprezentanta EULUI lui Nicole se aşază imediat şi spune că abia îşi mai percepe corpul şi că se simte confuză.

— După naştere, Nicole a fost dată de către mama ei în grija bunicii materne, deoarece ea trebuia să meargă la muncă. Nicole a fost un copil nedorit şi nu a fost alăptată. Bunica lui Nicole era dependentă de medicamente. Bebeluşul o epuiza. La acea vreme, bunica lua ea însăşi valium pentru a se calma. După experienţa pe care a avut-o în timpul realizării constelaţiei, Nicole şi-a dat seama că bunica ei punea valium şi în biberonul ei, pentru ca ea să nu mai ţipe atât de mult. Bebeluşul a dezvoltat ulterior o strategie de supravieţuire constând în a strânge gura şi buzele, pentru ca nimic rău să nu mai intre în gura ei. După ce Nicole a înţeles toate aceste lucruri, muşchii anteriori ai gurii ei s-au relaxat şi s-au destins tot mai mult. Acum, spune ea, observă orice tensiune, astfel încât o poate corecta imediat. Ea este bucuroasă şi de faptul că acum îşi dă seama că panica în care a intrat în urmă cu trei ani, la unitatea de terapie intensivă, când i s-a introdus în gură un analgezic fără a fi întrebată, are legătură cu această experienţă timpurie.

În prezent, durerile cronice sunt considerate tot mai mult drept un fenomen biopsihosocial şi sunt tratate într-un mod diversificat. Pacienţii sunt învăţaţi să practice tehnici privind gestionarea durerii şi a stresului, psihoeducaţia, metodele de relaxare, antrenamentul senzorial, terapia prin mişcare, metoda Feldenkrais, yoga, Qigong, precum şi alte metode care îi ajută pe pacienţi să-şi găsească propria modalitate de a scăpa de durere. Totuşi, exemplul lui Nicole demonstrează clar faptul că, în funcţie de tipul traumei petrecute în copilărie, tehnidle de relaxare musculară pot duce la dezvoltarea şi mai multor strategii de supravieţuire – de exemplu, „Trebuie să ţin gura închisă!” – făcând, astfel, ca durerea să se intensifice şi mai mult. Aşadar, tratamentele care sunt orientate exclusiv spre „relaxare”, fără a fi cunoscut fundalul

traumatic, pot duce la o intensificare şi mai mare a durerilor.

Noile descoperiri despre creier şi despre modul său de funcţionare indică faptul că numeroasele reţele neuronale din creier care intensifică durerea se pot modifica mereu, în funcţie de modul în care sunt utilizaţi nervii şi sinapsele. Reprezentările plăcute sau vizualizarea modului în care numărul celulelor nervoase care amplifică durerea se poate reduce, aşa încât să te poţi elibera de durere prin practică şi antrenament continuu, permit creierului să genereze o stare de bine şi să reducă durerea (Doidge, 2015). Însă, dacă o traumă neelaborată continuă să afecteze persoana şi să-i aducă prejudicii, ea diminuează sentimentul de bine şi nu permite să se instaleze relaxarea şi starea de bine. În cazul acesta, tehnicile de vizualizare şi de mentalizare practicate cu mult efort nu simt altceva decât o nouă strategie de supravieţuire în urma traumelor.

De ce am eu dureri diferite în fiecare zi?

Susanne, care în prezent are 57 de ani, suferă, de la vârsta de 17 ani, de diferite dureri, care la început s-au manifestat sub forma unor dureri înţepătoare în braţul stâng. Încă din copilărie a avut defecte de postură. În anii următori au apărut mereu tensiuni la nivelul coloanei cervicale, cauzate de o hernie de disc. Ea suferă dintotdeauna de o deformare a coloanei vertebrale. Susanne este cel mai mic copil al unor părinţi traumatizaţi de război. A fost dorită de tatăl ei, însă acesta şi-a dorit un fiu. Mama ei nu a mai vrut să aibă alţi copii. Se simţea suprasolicitată, o bătea şi se purta distant faţă de fiica sa. Când mama ei s-a îmbolnăvit de demenţă la vârsta de 52 de ani, necesitând de timpuriu o îngrijire permanentă, Susanne avea 18 ani şi a fost nevoită, încă de tânără, să contribuie la îngrijirea ei. De când mama ei s-a îmbolnăvit, Susanne a văzut-o ca fiind slabă şi neputincioasă, deşi o înfricoşa pe Susanne prin atitudinea ei imprevizibilă şi prin nerăbdarea ei. Când Susanne avea 33 de ani, mama ei a

murit.

La vârsta de 20 de ani, Susanne a avut un accident în urma căruia a suferit un traumatism cervical, care a dus la agravarea simptomelor de la nivelul coloanei cervicale şi la apariţia unor dureri la nivelul umerilor şi al braţelor. La vârsta de 30 de ani a avut un accident de schi, în urma căruia şi-a traumatizat degetul mare de la mână, a suferit fracturi osoase şi o leziune de tendon, care s-a vindecat. Mai târziu au apărut mereu dureri uşoare de spate ca urmare a unei scolioze lombare (o poziţie defectuoasă a corpului), care, după separarea de partenerul de la acea vreme, la un an de la moartea mamei sale, s-au intensificat foarte mult. În anul 2002 a avut un accident de schi, în care a suferit o ruptură a ligamentului încrucişat şi o ruptură a ligamentului colateral medial. Ulterior a suferit leziuni ale meniscului la genunchiul stâng – şi la genunchiul drept a avut mereu dureri –, iar în anul 2014 a suferit o reconstrucţie chirurgicală a meniscului intern, ca urmare a deteriorării acestuia. A fost suspectată de reumatism pentru prima oară în anul 2014, iar în aprilie 2015 a primit diagnosticul de artrită reumatoidă. De atunci, Susanne are mereu dureri articulare puternice, iar de ani de zile are dureri de genunchi şi de spate, din cauza deformării coloanei vertebrale. Pe lângă asta, are dureri de umeri, care parţial sunt cauzate de căderile suferite în trecut.

Susanne ia de mai multă vreme cortizon şi, în cele din urmă, a ajuns să ia şi un medicament antireumatic împotriva durerilor puternice, care însă s-au ameliorat foarte puţin. Totodată face şi gimnastică de recuperare, care este foarte importantă pentru ea, însă aceasta nu i-a uşurat durerile. Face, de asemenea, şi psihoterapie.

În timpul unei şedinţe de terapie în care ea a lucrat cu metoda constelării intenţiei, a ieşit la iveală faptul că Susanne nu a putut face faţă cu adevărat, din punct de vedere emoţional, decesului timpuriu al mamei sale şi că nu putea încă să se elibereze de ea în plan interior.

Totodată îşi reprima furia împotriva mamei sale, care a tratat-o cu răceală, şi se simţea vinovată de faptul că mama ei a fost bolnavă. În cele din urmă, ea a îndreptat această furie împotriva ei înseşi. După şedinţa de terapie, Susanne s-a simţit mai bine din punct de vedere psihic, însă nu a putut constata o atenuare a durerii sau o ameliorare a problemelor sale reumatice.

A urmat o şedinţă individuală, în care ea a formulat următoarea intenţie: „De ce am eu dureri diferite în fiecare zi?” Fiind reprezentanta EULUI Susannei, în calitate de persoană rezonantă, eu nu vreau să mai sufăr. EU vreau să trăiesc şi să nu am nimic de-a face cu morţii, nu mai vreau să scormonesc în pământ după viermi. EU vreau pur şi simplu să trăiesc. EU nu vreau să am nimic de-a face cu Susanne, atât timp cât ea este preocupată de morţi şi de trecut. De asemenea, EU nu vreau ca Susanne să se apropie de mine. Altminteri aduce cu ea întreaga povară. Susanne reacţionează cu entuziasm la cele spuse de EU şi consideră simpatic faptul că EUL nu mai vrea să aibă de-a face cu tot ceea ce ţine de trecut. Însă apoi se îmbufnează şi nu vrea să admită faptul că trecutul nu mai trebuie să fie atât de important. După care, eu, în calitate de EU, mă îndepărtez de Susanne şi-i spun încă o dată că EU nu vreau să am nicio relaţie cu trecutul.

Apoi Susanne mă pune să reprezint cuvântul DURERI. Ca reprezentantă a cuvântului DURERI, nu simt nicio durere. Mă simt servită şi consider că acesta este un lucru bun. Mă hrănesc din energia Susannei şi din faptul că mă slujeşte şi-mi doresc toate darurile ei, inclusiv medicamentele, care mă hrănesc. Am senzaţia că ocup toată camera şi simt legată foarte mult de Susanne, pe care o consider servitoarea mea. De asemenea, mă simt absolut grandioasă, ca o zeiţă. Ocup tot locul care mă înconjoară. Susanne mă recunoaşte în calitate de DURERE ca fiind mama ei, care se lasă servită în totalitate, dar căreia nu-i pasă de nimic, nici chiar de Susanne. În calitate de DURERE nu simt decât eul meu – doar eul meu şi atât.

Deşi Susanne simte acum furie împotriva mamei sale, nu reuşeşte să-şi exprime această furie.

Apoi Susanne vrea să afle ce se ascunde în spatele sintagmei DE CE. Trec în această nouă poziţie. Când DE CE mă loveşte peste tot în mod succesiv, am dureri şi mă simt copleşită. Pentru DE CE totul este prea mult, devine slăbită şi nu mai poate sta în picioare. DE CE-ul stă între Susanne şi EU şi, în cele din urmă, se aşază, epuizat, înainte de a se prăbuşi. Se ghemuieşte pe scaun şi se comportă de parcă ar rătă-l prin deşert însetat şi înfometat, nemaiputând îndura. DE CE devine tăcut, nu mai îndrăzneşte să facă nimic, vede bătăile, dar nimeni nu îl vede pe el cu adevărat.

Susanne are apoi un impuls puternic de a bate DURERILE, de a se apăra împotriva DURERILOR (care o reprezintă pe mama ei), însă nu face decât să schiţeze mişcarea, ca la box. Îi este teamă de furia ei, îi este teamă să bată DURERILE (adică pe mama ei). Susanne nu a îndrăznit niciodată să facă acest lucru. A trebuit să fie cuminte. Tatăl ei îi spunea odinioară să nu o supere pe mama ei, că este şi aşa destul de bolnavă.

Susanne mă pune apoi să reprezint cuvântul AM. în calitate de reprezentantă a acestui cuvânt mă simt de parcă aş vrea să întreb „Ce s-a întâmplat cu mine?” Sunt tristă, braţele îmi atârnă pe lângă corp, mă simt ca un pudel cu blană udă. Am o atitudine de victimă, simt o fetiţă neajutorată şi nu ştiu ce se întâmplă. Sunt nefericită şi nu am nimic. Abia când Susanne îşi dă seama, după un timp, că AM este ea însăşi, pe vremea când era o fetiţă singură şi nefericită, sentimentele ei încep să iasă la suprafaţă. Plânge. Spune că nu mai vrea ca lucrurile să se petreacă în felul acesta. Vrea să fie alături de această fetiţă şi acum este hotărâtă să nu se mai agaţe de trecut.

A doua zi după realizarea constelaţiei, Susanne a spus că, spre deosebire de ceea ce se întâmpla în zilele de dinainte, s-a trezit fără a avea dureri, iar acestea nu au mai apărut nici în cursul zilei. Această stare complet lipsită

de dureri a durat încă două zile. În următoarele patru săptămâni, Susanne a simţit mereu dureri uşoare în partea de jos a spatelui, care, însă, treceau repede de fiecare dată. După această constelaţie nu mai are dureri chinuitoare. Rigiditatea tuturor articulaţiilor şi durerea de la genunchi s-au ameliorat vizibil.

Cele patru studii de caz menţionate aici ar trebui să vă insufle curaj. Este foarte util să descoperi cauza emoţională a durerilor pe care le resimţi în propriul tău corp!

Bibliografie

Adler, R.H. şi alţii (ed.) (2017): *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer

Bauer, J. (2002): *Das Gedächtnis des Körpers*. Frankfurt/M.: Eichhorn

Bauer, J. (2013): *Schmerzgrenze*. München: Karl Blessing

Doidge, N. (2015): *Wie das Gehim heilt*. Frankfurt/M.: Campus Verlag.

Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Lehmann, K.A. & Nix, W.A. (ed.) (2003): *Handbuch chronischer Schmerz*. Stuttgart: Schattauer

Eisenberger, N.I. & Liebermann, M.D. (2004): „Why rejection hurts: a common neural alarm sistem for physical and social pain", în: *Trends în Cognitive Sciences* (2004), nr. 8, pp. 294 – 300

Krüll, M. (2009): *Die Geburt ist nicht der Anfang*. Stuttgart: Klett-Cotta

Levine, P.A. & Phillips, M. (2013): *Vom Schmerz befreit*. München: Kösel

Nickel, R. (2017): „Chronischer Schmerz und frühe Traumatisierung: Wissenschaftliche Evidenz in der Behandlung sinnvoll nutzen", în: *Trauma* (2017), nr. 1, pp. 6 – 14

Sendera, M. & Sendera, A. (2015): *Chronischer Schmerz*. Wien: Springer

Stelzig, M. (2016): „Die unterschiedlichen Säulen

einer individuellen Schmerztherapie", în: C. Pieh, R. Jank & A. Leitner (ed.) (2016): *Schmerz – cine integrative Herausforderung*. Weinheim: Juventa

Wachter, M. v. & Hendrischke, A. (2016): *Psychoedukation bei chronischen Schmerzen*. Heidelberg: Springer

Annemarie Denk este pedagog social, specialist în psihoterapie sistemică individuală, de cuplu şi de familie, pedagog în domeniul social, absolventă a unor studii medicale (Ulm/ München), specialist în hipnoterapia lui Milton Erikson, în terapia traumei, absolventă a unor cursuri de formare în teoria şi terapia traumei psihice orientate către identitate, efectuate cu Franz Ruppert. A lucrat timp de mai mulţi ani în cadrul unor cabinete medicale (având ca preocupări principale: durerea, relaxarea, dorinţele neîmplinite ale copiilor, psihooncologia, vindecarea prin cântece) şi a practicat terapia multimodală a durerii la Clinica Paracelsus din München. În cadrul propriului ei cabinet particular oferă consiliere individuală, conduce grupuri şi seminarii. De asemenea, predă la Universitatea Fundaţiei Catolice din München.

www.medibalance.com

MARTA THORSHEIM

Trauma psihică şi bolile de piele

Pielea ca expresie a vieţii noastre interioare

Cine se simte bine şi este fericit are obrajii roşii şi un ten roz. Cine este nefericit, extenuat şi suprasolicitat are tenul palid şi cearcăne negre sub ochi. Cine are usturimi şi mâncărimi pe piele de obicei nu se simte bine nici în interiorul său. Şi părul ne poate dezvălui dacă un om este sănătos sau bolnav. În acest context, şi pielea sau blana animalelor ne fac să tragem concluzii favorabile: animalele sănătoase au o blană sănătoasă.

Ei bine, industria cosmetică ne oferă o mulţime de unguente, uleiuri, lichide şi parfumuri, pentru ca aspectul nostru fizic să pară sănătos şi strălucitor. Însă, la fel ca în

cazul unei case, zugrăvirea faţadei nu duce la îndepărtarea dărăpănăturilor din interior. Din modul în care o persoană se comportă cu propria piele, oricine îşi poate da seama cât de mult pune ea preţ pe aparenţă şi mai puţin pe esenţă. Putem privi pielea noastră ca pe un indicator care ne atrage atenţia asupra traumelor noastre nerezolvate.

Ce este „psoriazisul”?

În copilăria mea, membrii mai în vârstă ai familiei mi-au explicat relaţia dintre psihic şi bolile de piele, spunându-mi că „nervii provoacă erupţii pe piele”. În familia mea, un fenomen bine-cunoscut era faptul că unii membri aveau „tulburări psihice”, iar alţii „boli de piele”. Însă ei nu s-au întrebat niciodată care este cauza acestor două tipuri de afecţiuni. Ele au fost acceptate tacit ca fiind „boli de familie”, de care erau afectaţi în mod întâmplător. Pe măsură ce cunoaşterea cu privire la ADN s-a răspândit treptat, ei au considerat că bolile lor simt moştenite genetic.

În activitatea mea privind terapia traumei psihice orientată către identitate (TTPOI) am constatat faptul că, adesea, bolile cu care au fost diagnosticaţi cursanţii şi clienţii mei s-au ameliorat sau chiar au dispărut complet pe parcursul terapiei.55 De aici trag concluzia că traumele se pot manifesta fizic în mod individual şi că vindecarea presupune recunoaştere şi compasiune pentru propria persoană, precum şi iubire de sine. De asemenea, este important să nu te mai neglijezi pe tine în relaţia cu ceilalţi. De îndată ce partea sănătoasă din interiorul unui om începe treptat să se dezvolte, structurile sale desupravieţuire în urma traumei nu mai sunt atât de active încât să se poată manifesta sub forma unor boli fizice.

Franz Ruppert ne-a împărtăşit aceste cunoştinţe cu mulţi ani în urmă, în cursurile şi prelegerile pe care le-a ţinut şi la Oslo. Când m-a invitat să-mi aduc şi eu contribuţia la această carte, am acceptat cu bucurie. Am ales tema „bolilor de piele” deoarece cunosc această problemă atât din istoria propriei mele familii, cât şi ca

urmare a suferinţelor clienţilor mei. Studiul de caz pe care l-am ales se referă la o formă gravă de „psoriazis”, în care corpul este afectat în proporţie de peste 10% din suprafaţa sa.

În medicină, prin termenul de „psoriazis” 56 este desemnată o boală sistemică din cauza unui dezechilibru al sistemului imunitar şi, prin urmare, este o boală autoimună. În dicţionarul bolilor de piele găsesc următoarea informaţie: „Numeroase boli de piele se caracterizează printr-o activitate imunologică crescută a pielii. De aceea, adesea se prescriu medicamente care slăbesc sistemul imunitar. Exemple de astfel de medicamente sunt cortizolul, prednisolonul, azatioprina şi ciclosporina”. 57 În ultimii ani au apărut pe piaţă şi o serie de noi medicamente ce conţin anticorpi special dezvoltaţi, care au proprietatea de a bloca anumite molecule de semnalizare. Adesea, acestea sunt denumite medicamente biologice. Din cauza efectelor secundare, preţul lor este foarte ridicat, atât din raţiuni economice, cât şi umane.

Cursanţii şi clienţii cu boli de piele de lungă durată relatează faptul că, în ciuda utilizării îndelungate a unguentelor sau tabletelor cu cortizon, a terapiei cu lumină şi/sau a medicamentelor biologice, tratamentele nu le-au adus decât o ameliorare temporară a simptomelor. Folosirea unguentelor sau administrarea tabletelor a dus la o ameliorare sporadică sau la o atenuare temporară sau nu a produs nicio ameliorare. Mulţi renunţă la ele şi îndură suferinţa în tăcere – care este cauzată de o erupţie pruriginoasă ce poate ajunge la abcese cutanate situate pe întregul corp, la subsuoară, în vagin, în gură, în urechi, pe tălpi, pe unghii, pe faţă, pe pielea capului etc. Ei îşi descriu suferinţa fiind dureroasă, ruşinoasă şi umilitoare. Mulţi clienţi evită să-şi arate în mod deschis boala lor de piele. Ei îşi acoperă corpul cu haine, creme şi farduri.

Lisa: „Eu vreau să mă regăsesc”.

Lisa este o cursantă în vârstă de 40 şi ceva de ani, este soră medicală, mamă şi este divorţată. Psoriazisul ei

este uneori atât de stresant, încât nici nu-i mai vine să trăiască. Are sângerări pe întregul corp, în spatele urechilor, la subsuoară şi între picioare. Hainele ei sunt distruse din cauza sângelui şi a unguentelor. Lisa a crescut într-o familie creştină, împreună cu mama, tata şi fraţii săi. Privind din exterior, totul a fost în perfectă ordine.

Când Lisa a participat la un seminar dedicat terapiei traumei (TTPOI), ea vorbit mai întâi despre greaţa ei puternică. Aceasta începuse deja să se manifeste în momentul în care ea s-a decis să participe la seminar. În plus, ea povesteşte că atunci când se stresează îi apar erupţii pe frunte, în special acolo unde începe părul, şi la subsuori. „Trebuie să mă îngrijesc permanent, altminteri apar erupţii. În ultima vreme m-am stresat atât de tare, încât aproape că am ajuns să nu mai pot respira”.

Lisa formulează următoarea intenţie: „Eu vreau să mă regăsesc”, pe care o scrie pe tablă. Primul cuvânt pentru care alege un reprezentant din grup este cuvântul EU. EUL îşi scoate toate bijuteriile, se uită la Lisa şi spune: „Eu vreau, dar nu ştiu dacă pot”. Lisa începe apoi să plângă, se uită la EU, picioarele încep să-i tremure, iar ea spune: „Mi-e atât de frică!”, în timp ce ea şi EUL se ţin de mâini. EUL simte că-i vine greaţă. Lisa stă cu picioarele depărtate.

Procesul continuă, iar EUL simte că fie el se află într-un balon, fie un balon se află între el şi Lisa, că acest balon influenţează modul în care el se simte, iar Lisa se află în afara acestui balon. Lisa spune că trebuie să iasă ceva din ea şi se atinge între picioare. EUL se uită la Lisa şi spune că simte panică „adânc în interiorul său”. Lisa simte acum o senzaţie de sufocare, iar între cei doi începe o discuţie în care EUL vorbeşte despre mănuşi din latex şi despre ceva ce i s-a băgat adânc pe gât, trecând pe lângă sfincterul esofagian. Lisa se lasă în jos pe podea şi începe să plângă. EUL spune: „Ies afară” şi se ascunde în spatele flipchartului. După o criză puternică de plâns, EUL se întoarce. Lisa şi EUL intră din nou în contact. În ceea ce

priveşte termenul-cheie „mănuşi de cauciuc”, cele care i-au fost băgate pe gât, Lisa povesteşte despre abuzurile sexuale pe care le-a suferit din partea tatălui şi a fratelui ei pe vremea când ea era mică. Însă EUL se uită la Lisa şi spune: „Da, dar mai este ceva. Aproape că ne sufocam”.

În continuare, cele două persoane au o relaţie bună una cu cealaltă. Lisa plânge din când în când, iar EUL suportă acum cu bine acest lucru. În ciuda informaţiilor legate de abuzurile sexuale, de senzaţia de sufocare şi de ceea ce i-a fost băgat pe gât, EUL rămâne în contact cu Lisa. Lisa bănuieşte că acest lucru are legătură cu naşterea ei şi începe să plângă. Ea povesteşte că a primit de curând documentele de la naşterea ei şi că a citit în ele cum, din cauza diferenţelor dintre sângele ei şi cel al mamei, la două ore după ce s-a născut a fost despărţită de mama ei şi a fost mutată într-o secţie pentru copii. Apoi a stat singură în spital timp de zece zile. I s-au luat probe de sânge de la tâmple. Nu ştie ce i s-a mai făcut. Când o întreb dacă vrea să audă opinia mea despre ceea ce s-a întâmplat, răspunde afirmativ.

Pentru mine, acest proces scoate la iveală trauma prenatală suferită de Lisa (picioarele Lisei tremură, EUL se află într-un balon) şi o separare ulterioară de ea însăşi („balonul” dintre Lisa şi EU). De asemenea observ o identificare cu mama (Lisa este foarte speriată şi stă cu picioarele depărtate şi cu mâinile între picioare, de unde trebuie să iasă ceva) şi un alt clivaj (EUL merge în spatele tablei de scris). Dacă după naştere a avut loc o transfuzie de sânge, sângerările pe care Lisa le are în prezent fac trimitere la această traumă suferită în copilărie. Lisa este de acord cu acest punct de vedere şi spune că vorbele mele i se par foarte relevante.

Mănuşile din latex pot reprezenta o asistentă din spital, care a băgat un deget în gâtul Lisei, pentru a o elibera de mucus. Lisa înţelege acum acel „Da, dar mai este ceva. Aproape că ne sufocam”. Această afirmaţie a EULUI este o reflectare a experienţei pe care trăit-o

imediat după naştere. Şi greaţa ei îşi are originea în această experienţă timpurie. Abuzurile sexuale pe care le-a suferit mai târziu constituie, referitor la gura ei şi la senzaţia de sufocare, „acelaşi tip de traume”.

Lisa elaborase deja înainte, în cadrul mai multor constelaţii ale identităţii, unele părţi ale biografiei sale traumatice, de exemplu, trauma sexuală provocată de tatăl şi de fratele său în copilăria mică, precum şi educaţia violentă practicată de părinţi, şi reintegrase părţile clivate de la acea vreme. Drept urmare, Lisa nu mai are nevoie atât de mult ca înainte să recurgă la strategiile sale de supravieţuire care au constat în a fi o fetiţă cuminte şi supusă. Furia ei reprimată, pe careşi-o exprima adesea prin sarcasm şi umor, s-a diminuat şi ea, după ce sentimentele cauzate de traumele iniţiale au ieşit la iveală şi au fost recunoscute de ea.

Totuşi, până acum Lisa nu a intrat niciodată în rezonanţă atât de bine cu trauma ei prenatală, cu trauma naşterii ei şi cu spitalizarea care a avut loc imediat după naştere. Ea este bucuroasă că a ajuns să aibă o relaţie emoţională cu ceea ce o împiedicase până acum să intre în contact cu o parte prenatală din sine. Această parte prenatală a făcut-o să-şi înţeleagă mai bine trauma suferită în timpul dezvoltării ataşamentului timpuriu cu mama ei, a cărei anxietate legată de naştere a fost transferată asupra Lisei. Sentimentele traumatice ale mamei s-au suprapus peste eul Lisei.

La sfârşitul acestei constelaţii Lisa a povestit despre furia ei reprimată, care era îndreptată în primul rând împotriva mamei sale, care nu putuse să aibă grijă de ea. Ea a afirmat acum clar că această furie este adecvată. Eul ei sănătos primeşte tot mai mult spaţiu şi chiar şi voinţa ei sănătoasă creşte.

Câteva săptămâni mai târziu, Lisa a declarat că boala ei de piele a dispărut complet după ultimele ei constelaţii de identitate. De la vârsta de doisprezece ani, aceasta era prima vară în care a putut să se scalde într-un loc public.

Hainele şi lenjeria ei de pat nu mai erau murdărite de sângele din rănile ei, crizele de migrenă erau tot mai rare şi mai slabe, iar sindromul bumout de care suferea dispăruse. Avea acum multă energie, iar această se intensifica tot mai mult.

A povestit, de asemenea, că a mai apărut o uşoară erupţie cutanată în momentul în care s-a stresat în prezenţa familiei sale. Lisa este de acord cu faptul că s-a separat de eul ei încă înainte de a se naşte şi că s-a identificat cu eul mamei sale. A fost foarte important pentru Lisa să-şi dea seama că această experienţă a naşterii face parte şi ea din biografia ei traumatică şi – deoarece a fost o experienţă atât prenatală, cât şi perinatală – că este adânc ancorată în psihicul ei. Din această experienţă a aflat că procesul de autovindecare are loc fără ca ea să trebuiască să facă ceva anume.

Şi în cazul altor clienţi (cliente) am observat că bolile lor de piele care durau de ani de zile s-au vindecat şi au dispărut atunci când ei (ele) s-au confruntat cu biografia lor traumatică. Astfel, procesul traumatizant al naşterii (care a fost dureros pentru clienţi şi a fost asociat cu senzaţii de greaţă), precum şi intervenţiile medicale efectuate în copilărie asupra corpului lor le-au declanşat infecţiile cutanate. Influenţa părinţilor asupra infecţiilor cutanate devine evidentă atunci când acestea se agravează din nou după ce clienţii îşi vizitează părinţii.

Când mă gândesc la diferitele diagnostice ale Lisei, la boala de piele, la migrenă şi la sindromul bumout, mă întreb: Oare toate acestea ar fi putut fi prevenite dacă părinţii Lisei ar fi făcut o terapie eficientă după ce primul lor copil s-a născut mort? Dacă şi-ar fi putut elabora doliul şi alte părţi ale biografiei lor traumatice înainte de a avea şi alţi copii? Pun aceste întrebări şi în speranţa că, pe viitor, TTPOI va putea contribui la pregătirea psihologică a părinţilor.

Marta Thorsheim este terapeut specializat în tratamentul traumei psihice (TTPOI) şi formatoare în

cadrul propriului ei cabinet particular de la Institutul pentru Tratamentul Traumei din Oslo. Ea organizează programele de formare profesională în TTPOI conduse de Franz Ruppert.

www.iopt.no

THOMAS R. RÖLL

Dinţii mei, trauma mea, eul meu

Un băieţel se joacă în cutia cu nisip în timp ce băiatul este complet absorbit de ceea ce face, vârful unui pantof îl loveşte brusc, cu toată forţa, direct în faţă. Băiatul ţipă de durere, căci dintele incisiv i s-a rupt. Mama soseşte în grabă, încearcă să-l calmeze pe copilul care plânge. Însă pentru acest copil nu există decât durerea cumplită din gura sa. După ce a mers pe jos cinci kilometri până la medicul dentist, rana şi dintele au parte de îngrijiri. După câţiva ani, dintele moare şi i se tratează rădăcina.

Această experienţă petrecută în copilăria mea m-a influenţat enorm în alegerea profesiei mele de medic dentist. După ce am lucrat timp de 30 de ani în propriul meu cabinet particular, am învăţat ce consecinţe pot avea traumele suferite în zona dinţilor, a gurii şi a maxilarului asupra întregului corp. Îndepărtarea dintelui meu la 30 de ani după accident a devenit ultima posibilitate de tratament după numeroase încercări terapeutice. Ulterior am zăcut o săptămână în pat, deoarece consecinţele asupra corpului meu au fost extrem de severe. În tot acest timp mi-am amintit experienţele traumatice şi simptomele fizice pe care le-am avut până atunci de-a lungul vieţii.

Mulţi ani mai târziu am suferit de dureri de spate puternice şi repetate. În timpul unui exerciţiu de „scanare corporală” m-am gândit că, probabil, şi în cazul acesta cauza care se ascunde în spatele problemei ar putea fi o traumă. Întrucât lucram de ani de zile cu metoda constelaţiei, mi-am amintit de un workshop condus de Franz Ruppert, la care am participat cu ocazia unui congres. Acolo fusese vorba despre vindecarea traumelor prin metoda constelaţiei, care mă impresionase foarte

mult. Aşa a început, în urmă cu zece ani, formarea mea profesională în acest domeniu al metodei constelaţiei, care între timp a continuat să se dezvolte enorm de mult. Ea a devenit o călătorie către fundalul traumatic al simptomelor mele şi către mine însumi. Între timp am dobândit şi zece ani de experienţă în utilizarea acestei metode asupra numeroşilor pacienţi şi clienţi. Constelaţiile propoziţiei care exprimă intenţia, bazate pe teoria şi terapia traumei psihice orientate către identitate (TTPOI) dezvoltată de prof. Franz Ruppert, au devenit o metodă terapeutică complementară şi foarte eficientă în practica mea stomatologică.

Astfel, în prezent pot recunoaşte relaţiile dintre simptomele fizice şi cauzele psihice care stau la baza lor, ceea ce face ca tratamentele stomatologice să fie fezabile şi eficiente. Nu mă mai miră nici faptul că, în urma acestor întâlniri cu şinele, pot ieşi la iveală tot felul de traume, de la „trauma de identitate” până la „trauma de sexualitate” (Ruppert, 2016), care vor să pătrundă, într-un fel sau altul, în conştiinţa clientului, prin intermediul dinţilor, maxilarului sau al gurii.

Medicul stomatolog – doar un tehnician?

Se spune că fiecare dinte este important pentru întregul organism. Aşadar, la noi, medicii dentişti, nu vin guri şi dinţi izolaţi, d vin oameni cu întregul lor corp şi cu întreaga lor personalitate.

De aici se poate trage concluzia că medicul dentist nu trebuie să stăpânească doar ştiinţa stomatologiei şi a materialelor cu care el tratează dinţii, gura şi maxilarul. Pentru stomatologul care are o gândire holistică, mult mai importante sunt interacţiunile dintre dinţi şi sistemele de organe şi relaţia lor cu întregul organism (Gleditsch, 1994). În plus, medicul dentist ar trebui să fie familiarizat şi cu contextele psihice, deoarece relaţia dintre stomatolog şi pacient este, în principiu, de natură psihică: se întâlnesc două personalităţi care au dorinţe, motivaţii şi aşteptări diferite şi care trebuie să găsească o abordare comună

(Wiihr şi Koch, 2013).

Una dintre premisele esenţiale pentru un tratament reuşit constă, nu în ultimul rând, într-o comunicare clară. Dacă pacientul cere să i se facă un lucru care exprimă modul în care el îşi înţelege simptomul, acest lucru este foarte util pentru ambele părţi. Adesea apar noi suferinţe ca urmare a aşteptărilor iluzorii ale pacientului, precum şi din cauza aprecierilor eronate ale medicului dentist cu privire la posibilităţile de tratament (Raith şi Ebenbeck, 1986, Wolowski şi Demmel, 2009). Acest lucru duce adesea la crearea unor relaţii de tipul agresor-victimă, care ar fi putut fi evitate dacă pacientul ar fi explicat dar ceea ce doreşte şi dacă stomatologul ar fi avut cunoştinţe de bază referitoare la interacţiunile dintre psihic şi corp. În felul acesta, suferinţa nu doar că se prelungeşte, a adesea se şi intensifică foarte mult. Acest lucru iese mereu la iveală şi în cadrul seminarelor speciale pe tema „Problemele dentare şi trauma", pe care Franz Ruppert le conduce împreună cu mine în Ulm, începând din anul 2012 şi până în prezent.

Dezvoltarea dinţilor

9

Dezvoltarea dinţilor de lapte şi a dinţilor permanenţi începe după aproximativ 40 de zile de la fecundarea ovulului. În cea de-a cincea săptămână embrionară, din celulele epiteliale ale maxilarului superior şi ale celui inferior se formează câte o arcadă dentară cu câte zece muguri ai dinţilor de lapte. În cea de-a patra lună de sarcină se formează primele substanţe dure dentare. În etapa postnatală, până la vârsta de trei ani ies dinţii de lapte şi se formează rădăcinile. Începând cu vârsta de aproximativ şase ani apar dinţii permanenţi, iar la vârsta de aproximativ 13 ani s-a încheiat etapa dentiţiei mixte – vorbim despre dentiţia permanentă. În sfârşit, între 18 şi 25 de ani apar şi măselele de minte, dacă mugurii acestor dinţi s-au format deja.

Influenţele mediului înconjurător, bolile şi medicaţia

mamei pot duce la o perturbare a dezvoltării dinţilor şi maxilarului încă din etapa embrionară (Leonhardt, 1981, Schroeder, 1996). De asemenea, traumatizarea copilului nenăscut de către mamă, de exemplu, ca urmare a tentativelor de avort, poate duce mai târziu la apariţia unor simptome grave ale sistemului masticator, de exemplu, sub forma pierderii tuturor dinţilor, urmată de atrofierea maxilarului.

Epidemiología „afecţiunilor" dentare

Pacienţii cu probleme dentare care vin la cabinetul stomatologic au următoarele „afecţiuni": tulburări somatoforme în proporţie de 10%, fobie faţă de stomatolog – 11%, bruxism – 4 – 8%, disfuncţie craniomandibulară – 3 – 5% (Kleine-Tebbe, 2009). Tulburările somatoforme persistente apar adesea în urma unui tratament stomatologic, de exemplu, după o extracţie, după tratamentul unei rădăcini dentare sau după o intervenţie protetică. Când durerea se cronicizează, adesea sunt luaţi în calcul factorii psihosociali. Sunt menţionate îndeosebi evenimentele de viaţă stresante şi traumele. Anumite probleme dentare, cum ar fi durerea cronică, strângerea şi scrâşnitul din dinţi, tinitusul, intoleranţa la materialele dentare şi alergiile, afecţiunile gingivale şi dinţii morţi, pot fi cauzate sau favorizate de experienţele traumatice. De aceea, este absolut necesar ca medicul dentist să dobândească, în urma formărilor sale profesionale, competenţa de a-i recunoaşte pe pacienţii cu stres psihic şi să-şi dezvolte o abordare terapeutică, pentru a putea trata în mod corespunzător aceşti pacienţi. Acest lucru presupune, în primul rând, o clarificare şi o consiliere cuprinzătoare, care ar trebui să aibă loc înaintea oricărei terapii. Prin urmare, pentru ca tratamentul să fie un succes, stomatologul trebuie să aibă, pe lângă competenţă profesională, şi competenţe sociale, abilităţi didactice şi multă empatie. Cu toate acestea, observăm mereu cât de dificil poate fi pentru un stomatolog să recunoască diversitatea simptomelor. Încercarea de a elimina

simptomele care au o cauză psihogenă prin proceduri pur stomatologice duce de obicei chiar la o intensificare *a* suferinţei pacienţilor.

Dinţii şi traumele

Din biografia mea traumatică personală şi din experienţa mea de 30 de ani de practică stomatologică am constatat faptul că există o legătură foarte strânsă între dinţi şi traume. Adesea, experienţele traumatice pe care mulţi oameni le trăiesc când merg la stomatolog sunt consecinţa traumelor suferite deja cu foarte mult timp înainte. Acestea variază de la trauma provocată de violenţa fizică şi sexuală ori şi de la „trauma de iubire" ajungând uneori chiar până la „trauma de identitate" suferită în perioada prenatală. Ca urmare a clivării emoţiilor ce nu pot fi suportate, acestea se pot manifesta mai târziu ca experienţe retraumatizante provocate de tratamentele efectuate de către medicul stomatolog.

Aproximativ unul din şase pacienţi vine la tratament cu un sentiment de anxietate (Wiihr şi Koch, 2013). Din punct de vedere etiologic, adesea este vorba despre experienţe stresante petrecute în copilăria mică – de exemplu: traumele şi tulburările de ataşament, precum şi procesele de învăţare disfuncţionale. De exemplu, o fobie faţă de stomatolog poate apărea ca urmare a faptului că o experienţă negativă petrecută în copilărie declanşează în timpul tratamentului anxietăţi puternice şi comportamente de evitare faţă de tratamentele ulterioare.

Studiu de caz: Hannelore

Când Hannelore a venit pentru prima oară la cabinetul meu stomatologic mi-a spus că teama de medicul dentist este de fapt cea mai mare problemă a ei. În urmă cu un an i-a căzut coroana parţială de la un dinte şi în urmă cu o jumătate de an i s-a rupt şi jumătate dintr-un incisiv. Mai multe încercări de a efectua un tratament la alţi medici stomatologi au eşuat până acum din cauza fricii sale imense. În timp ce vorbeşte cu mine plânge, însă rămâne calmă şi spune că a avut experienţe traumatice.

Posibilitatea de a-şi învinge frica cu ajutorul meu, oferindu-i o consiliere specifică şi lucrând cu metoda constelaţiei, i se pare a fi şansa pe care o căuta. După această discuţie Hannelore capătă atât de multă încredere, încât ulterior pot să mă uit la dinţii ei. După ce îi explic în detaliu cum stă situaţia şi care sunt consecinţele posibile ale nontratamentului, ea este de acord cu o tratare provizorie a dinţilor.

Când ne-am întâlnit, la scurt timp după aceea, în cadrul unei şedinţe de consiliere, Hannelore mi-a spus că, în timp ce îi tratam dinţii, iniţial a avut sentimentul că vrea să moară, însă acest sentiment a dispărut repede. Apoi ea îmi spune care este motivul fricii ei de stomatologi: la vârsta de aproximativ 40 de ani Hannelore a aflat de la mama ei că aceasta a fost nevoită să se căsătorească cu presupusul ei tată, deşi avea o relaţie de dragoste cu fratele lui mai mic. A trebuit să se căsătorească cu fratele mai mare, adică cu primul născut, deoarece părinţii lui au cerut acest lucru. Pentru aceasta, mama ei a trebuit chiar să renunţe la prenumele şi la religia ei. Zece ani mai târziu, Hannelore a aflat de la mătuşa ei, o soră a tatălui, că mama ei rămăsese însărcinată cu ea după ce fusese violată de bunicul ei. Prin viol bunicul dorise să-i arate fiului său cum se concepe un fiu. Primul copil al mamei ei a fost de fapt o fată, care pentru bunic nu avea nicio valoare. Bunicul, care suferea de o depresie severă, era temut de toată lumea din cauza irascibilităţii şi violenţei lui. Din punct de vedere social, bunicul şi chiar bunica erau nişte protestanţi habotnici, însă erau foarte respectaţi. Presupusul ei tată, la fel ca şi fratele mai mic al acestuia, era considerat un molâu în familie. Hannelore era furioasă mai ales pe mama ei, deoarece în copilărie Hannelore fusese considerată responsabilă de faptul că bunicul ei nu se sinucisese.

Când Hannelore avea patru ani, mama ei, pentru a nu mai fi ea însăşi violată, a lăsat-o pentru prima oară pe mâna bunicului. Hannelore s-a obişnuit mai apoi să fie

cusută după fiecare abuz sexual suferit din partea bunicului. Această operaţiune a fost preluată de sora tatălui ei, care era medic ginecolog. Însă, pentru ea, cel mai grav lucru a fost un avort făcut la vârsta de doisprezece ani, după ce bunicul ei a lăsat-o însărcinată. Avortul a fost efectuat de o soră a bunicului, care era de asemenea medic ginecolog, împreună cu mătuşa ei. Ambele femei au insultat-o foarte tare şi chiar au bătut-o, deoarece rămăsese însărcinată. Odată cu anestezierea şi cu senzaţia de neputinţă a apărut sentimentul că vrea să moară. Astăzi, în timp ce se întinde pe scaunul stomatologului, trăieşte aceeaşi senzaţie de neputinţă şi are sentimentul că vrea să moară.

Abia când Hannelore a împlinit vârsta de 13 ani, iar bunicul s-a îmbolnăvit de demenţă, au încetat violurile, care până atunci fuseseră permise şi negate de întreaga familie. La vârsta de 20 de ani a început să urmeze studii superioare. Totodată a început o terapie în ambulatoriu, deşi, după părerea ei, ar fi trebuit să fie spitalizată. Relaţiile sale ulterioare cu bărbaţii au constat doar în relaţii amicale şi platonice, deoarece nu mai putea avea o viaţă sexuală normală. A devenit pastor şi, după câţiva ani, a renunţat la această meserie. În prezent lucrează cu copii şi adulţi în calitate de consilier şi este mândră de faptul că, în ciuda acestor traume, reuşește să ducă o viaţă aparent normală.

În cadrul unui seminar, Hannelore formulează următoarea intenţie: „Eu vreau să mă confrunt cu sentimentul intens de frică şi de neputinţă şi vreau să aflu cum pot să-l gestionez mai bine”. Hannelore îi cere persoanei rezonante pentru cuvântul NEPUTINŢA să se întindă pe podea, iar ea se retrage la o oarecare distanţă. Se simte rău când vede cum această persoană zace, rigidă şi neajutorată, pe podea. Apoi îl aşază alături pe EUL ei, care stă, de asemenea, întins pe podea. Hannelore se înfurie şi nu vrea să-l vadă pe EUL ei neputincios şi în postura de victimă. Însă EUL nu se simte neputincios, ci

simte că are un nucleu stabil şi sănătos. Totodată, furia lui Hannelore faţă de EU generează un sentiment de separare. Pe parcursul acestei şedinţe Hannelore reuşeşte să se apropie şi de FRICA ei, care simte că se află în spatele furiei sale. În cele din urmă, din interiorul ei iese la suprafaţă o tristeţe profundă, iar ea începe să plângă. Se apropie cu grijă de EUL ei, care în felul acesta se simte mai bine. EUL îi spune lui Hannelore că a aşteptat-o dintotdeauna şi că acum este deschis către ea.

Această imagine nouă şi neaşteptată îi dă lui Hannelore sentimentul că poate face şi alte progrese lucrând cu această metodă. Ea înţelege acum că, deşi a supravieţuit traumelor şi clivajelor provocate de acestea, totuşi pierduse contactul cu partea sănătoasă şi stabilă a eului ei.

Durerea

Pacienţii care vin la cabinetul stomatologic au adesea dureri. Pentru medicul stomatolog este important să recunoască diferitele cauze ale durerii, pentru a putea găsi un tratament corespunzător. Potrivit lui Wühr şi Koch (2013), în medicina orală se face distincţie între durerea nociceptivă, durerea neuropată, durerea psihogenă şi formele mixte ale durerii. În cazul durerii nodceptive acute, receptorii pentru durere de la nivelul ţesutului conjunctiv periferic sunt excitaţi astfel încât centrii supraordonaţi percep această durere. Este vorba despre un semnal de avertizare simptomatic, în urma căruia poate fi găsită şi tratată cauza durerii (de exemplu, prin punerea unei noi plombe sau a unei coroane dentare în cazul unei hiperocluzii). Efectuarea unui tratament duce de obicei la regenerarea sistemului biologic. Şi în cazul unei dureri nociceptive cronice se activează sistemul menţionat mai sus. Însă în acest caz nu există o singură cauză care afectează un anumit loc, d există mai mulţi factori perturbatori cronici care afectează diferite părţi ale corpului (de exemplu, vaccinările, infecţiile incomplet vindecate, focarele dentare, intoxicaţiile cu metale grele

etc.). Acest lucru duce, de-a lungul vieţii, la o suprasolicitare a capacităţii de autoreglare a organismului. În cazul acesta, tratarea locului dureros nu mai este suficientă, ci duce, în cel mai bun caz, la o ameliorare a simptomelor.

Durerea neuropată este şi ea, de obicei, cronică. În cazul acesta, componentele periferice şi centrale ale sistemului nervos care procesează stimulii sunt afectate sau deteriorate ireversibil. Dintre afecţiunile la care ne referim aici fac parte, de exemplu, neurodermita, scleroza multiplă, zona zoster etc. Adesea, pacienţii cu dureri cronice suferă de forme mixte ale celor două tipuri de durere deja descrise. În general, medicii stomatologi sunt, ce-i drept, bine pregătiţi pentru a trata durerile care au o cauză clară şi un caracter local. Însă este bine ca medicii stomatologi să acţioneze într-un mod profesionist şi în cazul formelor mixte ale durerii, iniţiind efectuarea unei coterapii împreună cu terapeuţii care au o pregătire psihologică. În felul acesta pot fi prevenite complicaţiile de tipul agresor-victimă şi poate fi evitată apariţia altor suferinţe pentru pacient.

„Bruxismul”.

Acest termen desemnează o activare a muşchilor masticatori în cadrul unor tipare comportamental-afective agresive, care se manifestă prin scrâşnirea şi strângerea din dinţi. Muşchii masticatori dezvoltă forţe extraordinar de mari: în cazul scrâşnirii din dinţi nocturne s-au măsurat deja 200 – 300 de kilograme-forţă. Un om nu dispune în nicio altă situaţie de asemenea forţe. Aceste tipare afectează mai ales structurile musculare şi articulare adiacente din zona capului, a gâtului şi a cefei, precum şi pe cele din zona umerilor, a braţelor şi a spatelui. Aici, aceste forţe pot provoca dureri musculare şi articulare (Wiihr, 2008).

Studiu de caz: Marion în cadrul unei constelaţii, Marion a formulat următoarea intenţie: „De ce scrâşnesc eu din dinţi?” Ea spune că se simte, în raport cu mama şi

cu tatăl, ca un produs de substituţie. Doi băieţi, gemeni, muriseră la naştere, iar părinţii ei nu procesaseră acea pierdere, ci continuaseră, pur şi simplu, să încerce să facă şi alţi copii şi o născuseră pe ea, ca substitut. Mai are şi o soră mai mare şi un frate mai mic. Fiind fată, părinţii au neglijat-o – în schimb fratelui ei, care s-a născut după ea, i-au acordat mult mai multă atenţie. În timpul nopţii, ea îşi macină şi îşi sfărâmă dinţii de ani de zile, de aceea are dureri. Pentru Marion, acest lucru înseamnă agresivitate, dar nu ştie de unde provine.

Constelaţia lui Marion scoate la iveală, într-un mod impresionant, clivajul ei interior, care a fost cauzat de faptul că nu a primit din partea părinţilor iubirea de care ar fi avut nevoie pentru ea însăşi şi pentru dezvoltarea unui eu sănătos. Părinţii nu au trecut printr-un proces de doliu şi nu au elaborat pierderea celor doi fii. O sarcină ulterioară a preluat funcţia de substitut pentru sentimentele care nu fuseseră exprimate. Însă naşterea lui Marion, a unei alte fete, nu a reprezentat pentru părinţi o compensaţie adecvată. Tristeţea lor şi furia cu privire la acest lucru au produs clivajul din interiorul lui Marion.

Acum, mulţi ani mai târziu, simptomul exprimă clar acest clivaj interior, el ţinând loc şi pentru faptul că Marion nu poate să resimtă emoţii. Pe de o parte, Marion se epuizează oscilând între părinţi şi fraţii ei, deoarece aceştia din urmă vor să o protejeze în mod inconştient de părinţi. Pe de altă parte, ea se identifică şi se conectează cu mama ei, pentru a avea parte cumva, în felul acesta, de recunoaştere şi de iubire. Astfel, ea se macină şi se consumă oscilând între aceste două părţi, aşa cum fac şi dinţii ei în interiorul celor două maxilare. Ea nu simte durerea profundă, tristeţea şi furia ei şi, în cele din urmă, resemnarea. Acestea caută să se exprime într-un mod corespunzător prin intermediul simptomului.

Din perspectiva stomatologiei, gutiera dentară este adesea singura metodă terapeutică pentru a ameliora efectele bruxismului. Fizioterapia şi tratamentul osteopatic

reprezintă alte forme de terapie complementară utile, care însă pot trata numai consecinţele, nu şi cauza durerii. Însă uneori acestea sunt urmate şi de alte tratamente, cum ar fi uciderea dinţilor dureroşi, ca urmare a durerilor persistente. Asemenea tratamente exprimă mai degrabă neputinţa şi ignoranţa medicilor stomatologi respectivi, în loc să aducă vreun beneficiu sănătăţii. Cel puţin în cazul acesta devine clar faptul că este nevoie de ajutor psihologic, respectiv psihoterapeutic, pentru a trata cu succes asemenea cazuri complexe.

Infecţiile rădăcinii dentare *t*

Infecţiile care se dezvoltă la rădăcina unui dinte apar adesea după moartea unui dinte, din cauza unei carii adânci, în urma unui tratament stomatologic (de exemplu, şlefuirea unui dinte ce are ca scop îmbrăcarea acestuia cu o coroană) sau în urma altor traume (lovire, cădere etc.), care acţionează asupra dintelui. Tratamentul medical convenţional constă, de regulă, în tratarea rădăcinii, ce are ca scop păstrarea, temporară sau permanentă, a dintelui. Din perspectiva holistică, un asemenea tratament este problematic din mai multe puncte de vedere. Substanţele toxice care provoacă infecţia şi care apar în urma descompunerii bacteriene a proteinelor organismului, care adesea încă se mai găsesc în interiorul dintelui şi după tratarea rădăcinii, duc la o intoxicare lentă a întregului organism.

Tinitusul şi dinţii

Tinitusul este termenul medical care desemnează zgomotele sau ţiuitul din urechi. El este adesea şi un simptom ce apare la pacienţii cu afecţiuni dentare şi care nu este uşor de tratat. Prin definiţie, în cazul acesta este vorba şi despre un semnal de avertizare, care este asociat cu un nivel foarte ridicat de stres fizic şi chiar psihic. Din punct de vedere medical, cauzele tinitusului sunt, de exemplu, infecţiile, poluarea fonică, bolile autoimune, infecţiile virale, tumorile, problemele coloanei cervicale sau cele din zona dento-maxilară.

Studiu de caz: Thomas întrucât eu însumi am fost afectat de tinitus timp de mai multe săptămâni, aş vrea să povestesc cum am ajuns să sufăr de această afecţiune şi ce m-a ajutat să mă vindec. Mai întâi am făcut un bilanţ al situaţiei mele exterioare şi al stării mele interioare. Am constatat faptul că mă aflam deja de multă vreme într-o situaţie profesională dificilă, care mă stresa tot mai mult. Într-o zi, când starea de tensiune a atins un punct culminant în timpul unei dispute şi am vrut literalmente să nu mai aud nimic, a apărut un zgomot în urechea mea stângă. Un şuierat de înaltă frecvenţă însoţit de o senzaţie de presiune mi-a semnalat din acel moment faptul că nu mai pot face faţă situaţiei. Am conştientizat cât de urgent trebuia să iau decizii pentru a schimba situaţia. Chiar şi atunci când simptomul mi-a afectat temporar foarte mult auzul şi a fost neplăcut, l-am perceput ca pe un avertisment din partea psihicului meu şi, astfel, ca pe un ajutor pentru corpul meu.

În cadrul unei prime constelaţii din timpul unei şedinţe de terapie am formulat următoarea intenţie: „De ce am această presiune în ureche?” Mai întâi, reprezentantul cuvântului URECHE îmi spune că simte această presiune în tot capul. El nu mai poate face faţă la tot ce vine din exterior şi nu vrea să mai audă nimic. De aceea simptomul este pentru el ca o cură. Da, simt de acord, este la fel ca în situaţia mea profesională. Ulterior mi-am dat seama ce etape de clarificare sunt necesare pentru mine. După efectuarea constelaţiei, URECHEA mea a constatat că nu mai simte presiunea din cap. Şi intensitatea simptomelor de la nivelul urechii mele s-a modificat: presiunea s-a diminuat, iar şuieratul a devenit mai puţin intens. Din practica mea stomatologică ştiu că tinitusul poate fi declanşat adesea şi de o problemă dentară.

O nouă confruntare cu mine însumi a avut loc la scurt timp după aceea: de data aceasta, intenţia mea a fost următoarea: „Vreau să aud ce spun urechea şi dinţii mei”.

Persoana rezonantă a cuvântului URECHE pare foarte firavă şi slăbită. O ţin de mâini, în timp ce ea stă în faţa mea. Apoi se încovoaie şi spune că simte o teamă cumplită şi o senzaţie de presiune în întregul corp. În cele din urmă cade pe podea, în timp ce eu încerc să o susţin. Întrucât zace lângă mine într-o postură embrionară, o întreb dacă îi este frică de mine. Mă simt uşurat când aud că *9*

nu despre asta e vorba. Apoi spune că se simte de parcă ar fi în pântecele mamei şi că simte o presiune şi o frică puternică în tot corpul. Nu suportă nici când o ating cu mâna pe spate.

Din povestirile mamei mele ştiu că am fost o sarcină nedorită, în timp ce era însărcinată cu mine, mama mea a fost cuprinsă de angoase existenţiale, neştiind cum va supravieţui cu un bebeluş în situaţia ei. Din descrierile ei ştiam şi faptul că naşterea mea a durat foarte mult şi a fost foarte chinuitoare pentru ea, după ce i s-a rupt apa, acasă, înainte de termen. După ce a ajuns la spital, a durat prea mult până când moaşa a preluat, în sfârşit, procesul naşterii. Pentru a-l accelera, moaşa a început să apese cu toată forţa pe abdomenul mamei mele, până când, în sfârşit, m-am născut. Întrucât păream să fiu lipsit de viaţă, moaşa m-a bătut pe spate până când am început să ţip.

Intrând în contact cu reprezentantul meu, simt că în spatele lacrimilor, există o disperare pură. Îmi dau seama de cât efort şi de câtă putere am avut nevoie în acel moment al naşterii, pentru a rămâne în viaţă. În cele din urmă, reprezentantul cuvântului URECHE, care întruchipează partea mea prenatală clivată, adoarme, relaxat, lângă mine. Sforăitul lui uşor este ca o muzică pentru urechile mele, în timp ce presiunea pe care am simţit-o în corp pe parcursul întregului proces se diminuează treptat. Apoi persoana rezonantă a cuvântului URECHE începe să se deschidă treptat şi să se întindă şi spune că se simte de parcă s-ar fi trezit dintr-un coşmar.

Între timp, şi tinitusul meu s-a modificat, acum nu-l mai resimt permanent şi este mai puţin intens. El a devenit

vocea mea interioară, care îmi semnalizează când „nu mai pot face faţă”, pentru a-mi acorda mai multă atenţie şi a mă asculta pe mine însumi. Pentru mine, aceste constelaţii ale identităţii sunt de o mare importanţă, deoarece, datorită lor intru tot mai mult în contact cu mine însumi şi cu trauma mea de identitate. Simptomele mele mă ajută să-mi înţeleg strategiile de supravieţuire şi clivajele interioare şi să le elimin în cadrul constelaţiilor. Această înţelegere poate duce la o dezvoltare a componentelor personalităţii pe care până acum nu le-am putut nici vedea, nici trăi. Şi îmi dovedeşte faptul că tratamentul stomatologic, care se concentrează pe ceea ce este necesar şi urgent, poate fi eficient şi în acest mod benefic.

Procesarea propriei mele biografii traumatice mă ajută, în relaţia zilnică cu pacienţii mei, să văd într-un mod realist posibilităţile şi limitele tratamentului stomatologic şi totodată să pot oferi un bun ajutor pacienţilor mei. Consider că aceasta este o modalitate excelentă de a contribui la îmbunătăţirea sănătăţii şi a calităţii vieţii, pentru care fiecare dintre noi are propria sa răspundere.

Glosar de termeni de specialitate

Etiologie: ramură a medicinei care studiază cauzele apariţiei bolilor.

Atrofiere: degenerarea ţesuturilor

Disfuncţie craniomandibulară (CMD): termen generic care desemnează perturbările structurale, funcţionale, biochimice şi psihice ale funcţiei musculare sau articulare ale articulaţiei temporomandibulare.

Epidemiologie: ramură a medicinei care studiază extinderea bolilor în rândul populaţiei şi variabilele asociate acestora.

Epiteliu: complex de celule care formează suprafaţa de înveliş a pielii, a mucoaselor etc.

Indicaţie: termen care semnalează, în principiu, ce măsuri medicale sunt adecvate în cazul unei anumite boli.

Ocluzie: locul unde dinţii maxilarului superior intră în contact cu dinţii maxilarului inferior.

Neuropatie: cauza durerilor neuropate o constituie afectarea sistemului nervos central sau periferic.

Nocicepţie: termen care desemnează percepţia durerii.

Tulburare somatoformă, aici tulburare algică: termen care desemnează o durere intensă resimţită într-o parte a corpului, cu o durată de cel puţin şase luni, ce nu poate fi explicată în mod suficient printr-o afecţiune somatică.

Bibliografie

Gleditsch, J.M. (1994): *Reflexzonen und Somatotopien als Schlüssel zu einer Gesamtschau des Menschen*. Schomdorf: Biologisch-Medizinische Verlagsgesellschaft

Hanson, T., Honee, W. & Hesse, J. (1987): *Funktions störungen im Kausystem*. Heidelberg: Hüthig

Hoffmann-Axthelm, W. (1983): *Lexikon der Zahnmedizin*. Freiburg: Quintessenz

Hüther, G., Korittko, A., Wolfrum, G. & Besser, L. (2010): „Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung Psychotrauma-bedingter Symptomatiken", în: *Trauma & Gewalt* (2010), nr. 1, pp. 18 – 31

Kleine-Tebbe, V. (2009): „Der Psychologische Psychotherapeut bzw. Ärzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie als Netzwerkpartner" (prelegere ţinută în Leipzig)

Leonhardt, H. (1981): *Histologie, Zytologie und Mikroanatomie des Menschen*. Stuttgart: Thieme

Raith, E. & Ebenbeck, G. (1986): *Psychologie für die zahnärztliche Praxis*. Stuttgart: Thieme

Roissant, A.L. (1997): *Ganzheitliche Zahnheilkunde*. Heidelberg: Hüthig

Ruppert, F. (2012): *Trauma, Angst und Liebe*. München: Kösel

Ruppert, F. (ed.) (2014): *Frühes Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta

Ruppert, F. (2016): „Liebe, Trauma und Ich". Prelegeri susţinute la Cel de-al treilea Congres

International de la München

Schroeder, H.E. (1996): *Pathobiologie oraler Strukturen*. Basel u. a.: Karger

Wolowski, A. & Demmel, H.-J. (ed.) (2009): *Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner*. Stuttgart: Schattauer

Wühr, E. (2008): *Kraniofaziale Orthopädie*. Bad Kötzting: Sistemische Medizin

Wühr, E. & Koch, W.H. (ed.) (2013): *Lehrbuch der Oralen Medizin*. Bad Kötzting: Sistemische Medizin

Thomas R. Röll, n. 1958, este, începând din anul 1990, medic stomatolog specializat în stomatologie holistică, ce are propriul cabinet particular în Ulm; din anul 2008 practică coaching-ul şi consilierea sistemică; din anul 2009 a urmat cursuri de formare profesională şi supervizare în metoda constelaţiei utilizate în tratarea tulburărilor de ataşament şi a traumelor, care a fost dezvoltată de prof. dr. Franz Ruppert.

www.ganzheitliche-zahnmedizin-ului.de

THILO BEHLA

Durerile lombare şi cauza lor J

De la dorinţa de a muri la dorinţa de a trăi

Trebuie să o spun încă de la bun început: continui să am dureri lombare. Probabil că mă vor însoţi până la sfârşitul vieţii. Timp de mai mulţi ani ele mi-au influenţat viaţa şi mediul meu social cel mai apropiat. Şi aproape că m-au blocat, după ce le-am permis să conteste sensul vieţii mele. La fel ca un parazit care suge sângele organismului-gazdă până când acesta moare. Şi totul a durat până la sfârşitul anului 2011, când ceva s-a modificat şi am reuşit să fac o schimbare dramatică de direcţie datorită travaliului cu trauma, metodă dezvoltată de Franz Ruppert. Această schimbare *a* direcţiei nu a fost liniară şi uniformă, ci a avut coborâşuri abrupte şi urcuşuri anevoioase. Însă a fost de neoprit. Am trecut de la dorinţa de a muri la dorinţa de a trăi, de la disperare la fortificare, de la izolare la stabilirea de relaţii, de la dorinţa de a face

totul imediat la răbdare, de la progresul în salturi la cel cu paşi mici. Într-o jumătate de deceniu, am reuşit să stabilesc o relaţie cu eul meu. Procesul a fost la început înfricoşător, apoi ezitant, iar la sfârşit a devenit tot mai empatic. Până când am ajuns în momentul lui Acum, care merită calificativul de „viaţă”. Şi care conţine posibilitatea ca schimbarea să continue.

Hernia de disc şi încercările de a o vindeca prin metode exterioare în anul 1998 am suferit o hernie de disc atât de gravă – cu ceva timp înainte încărcasem în maşină bolovani de granit foarte grei pentru a-mi înfrumuseţa grădina cu un zid frumos din piatră naturală –, încât am fost supus unei intervenţii chirurgicale în zona discului L_5/S1. Dacă pot face ceva bun este să-mi stimulez corpul practicând o activitate sportivă. În cel mai scurt timp am devenit iar cel de dinainte, eram din nou „pe picioare” Nu în totalitate, căci din acel moment am început să acord atenţie semnalelor perturbatoare pe care mi le dădea spatele meu şi care apăreau parcă la un semn. Atunci îmi intensificam antrenamentul pentru spate, iar când semnalele interioare deveneau prea puternice, recurgeam la „metodele de investigare imagistică”, pentru a mă asigura de faptul că integritatea mea fizică era neştirbită.

Astfel, au trecut aproape zece ani, până când, în mai 2007 am simţit brusc o durere tensionată în regiunea lombară. Mă simţeam de parcă eram prins într-o menghină. Am localizat-o clar ca fiind situată sub vechea cicatrice de la operaţie, aşadar, nu am asociat-o cu coloana vertebrală. Nu a existat niciun factor fizic declanşator. O investigaţie RMN a arătat că nu era vorba despre o nouă hernie de disc. Însă senzaţia de rigiditate a persistat. Iniţial am reuşit să rezolv pentru câteva ore problema modificându-mi postura în timp ce mergeam pe jos, şedeam pe scaun sau stăteam culcat. Până când nici acest lucru nu m-a mai ajutat. În interiorul meu a apărut un sentiment de neputinţă. Certitudinea faptului că nu mă puteam ajuta singur măcina viaţa de zi cu zi a unui bărbat

care nu fusese niciodată bolnav şi care, într-o săptămână de vacanţă la munte, urcase pe şapte culmi.

Aşa a început odiseea căutării de soluţii în exterior: tratamente efectuate în clinici de reabilitare situate în Weserbergland şi în Aligäu, termocoagulare efectuată în regim de spitalizare în München şi în Potsdam, şederea într-o clinică de biokinetică situată în Pădurea Neagră. Pe lângă asta, am făcut injecţii, fizioterapie bazată pe suspensie, şedinţe de acupunctura, de osteopatie. Nu am primit niciun diagnostic radiologie concludent, în ciuda recomandărilor de a efectua o intervenţie chirurgicală după principiul „cel mai probabil că este o problemă”, căci întotdeauna există ceva în neregulă. Ele au culminat cu oferta de a încerca pe mine o nouă metodă denumită Axia LIF: fuziunea osoasă a osului sacral cu a cincea vertebră lombară, realizată cu ajutorul unui şurub. Acolo unde mi s-a recomandat această operaţie lucra un asistent medical, care, prin cuvinte simple, a răsucit o cheie în lacătul meu fermecat: „Nu aveţi nimic la spate. Vedeţi mai degrabă ce se întâmplă la nivel emoţional”.

Multe serii de intervenţii efectuate de sistemul medical le-am plătit eu însumi. Având simţul ordinii extrem de dezvoltat, am ţinut o evidenţă strictă a acestora: până în anul 2011 am plătit peste 15.000 de euro! Pentru un colac de salvare pe care nimeni nu mi l-a putut întinde. Nici sistemul asigurărilor sociale de stat, nici medicina alternativă nu m-au putut ajuta. Nici oamenii care mă iubeau nu m-au putut ajuta, nici eu însumi nu m-am putut ajuta. Există artişti ai vieţii care aruncă în aer cioburi, care, în cădere, se transformă într-o vază. Vasul meu frumos, viaţa mea, mi-a alunecat din mâini şi s-a spart. Mormanul de cioburi forma peisajul de atunci al suferinţei mele: nu pentru asta venisem pe lume.

A urmat o cădere abruptă în depresie, am întrerupt contactul cu prietenii, am refuzat vizitele, mi-am luat concediu medical, mi-am considerat starea în care mă aflam drept etalon cu care am măsurat tot ceea ce mă

înconjura, am torpilat bucuria de a trăi a soţiei mele, care nu avea voie să se simtă mai bine decât mine. Pentru a se proteja şi pentru a nu se scufunda împreună cu mine, m-a ameninţat cu divorţul. Nu mai ştiu dacă voiam să cer o pensie de invalid sau dacă doar cochetam cu această idee. În orice caz, vorbeam despre ultima opţiune, cea a sinuciderii asistate, oferită de asociaţia elveţiană DIGNITAS…

Căutarea problemei în plan interior

A urmat partea a doua a căutării problemei, de data aceasta în plan interior. O recomandare pentru un tratament fizioterapeutic m-a condus la o adresă din Hanovra unde se efectuau constelaţii familiale sistemice. Am găsit această formă de terapie ca fiind uluitoare, căci mi-a oferit o imagine nebănuită asupra familiei mele de origine şi asupra relaţiilor mele complicate cu ea. Crampele din regiunea inferioară a spatelui au dispărut imediat, ca atunci când se rupe o coardă subţire. Iar acest lucru mi-a dovedit faptul că durerea mea lombară nu avea cauze fiziologice. Timp de câteva săptămâni m-am simţit complet sănătos, apoi am suferit mai multe recidive. Cea mai gravă a avut loc în timpul unui contact personal cu mama mea. Următoarele şedinţe de terapie efectuate după metoda lui Hellinger nu m-au mai ajutat, ci au avut un efect manipulator şi devalorizator, prin faptul că am fost învinovăţit pentru starea mea. Mulţumirile adresate reprezentanţilor părinţilor pentru conceperea mea şi pentru faptul de a fi fost hrănit le-am considerat ca fiind nesincere. Mi-am dat seama că prin această metodă nu poate fi „încropită” nicio soluţie.

În timpul unei discuţii cu o vecină care trăieşte în Lenggries, localitatea mea adoptivă situată în Bavaria superioară, am constatat faptul că amândoi aveam experienţă în lucrul cu constelaţiile. Ea fusese la un seminar de grup din München condus de Franz Ruppert. Ca răspuns la scepticismul meu, mi-a descris procesul şi metoda acestor aşa-numite constelaţii centrate pe traumă.

Am aflat cum persoana care lucrează pentru ea însăşi rămâne permanent în cadrul procesului, cum se formulează o intenţie, cum un reprezentant preia un rol şi cum are loc im schimb verbal şi nonverbal necenzurat între toţi participanţii, fără ca terapeutul să le „sufle” ceva. Câteva săptămâni mai târziu, în noiembrie 2011, participam la un asemenea atelier şi am fost selectat, prin tragere la sorţi, pentru a veni la sfârşitul celei de-a treia zi. Intenţia mea a fost următoarea: „Vreau să scap de durerile mele lombare!”

Ceea ce am obţinut a fost cu totul altceva: o fotografie de etapă a structurii mele interioare, care avea o legătură directă cu starea mea actuală. Dialogul cu reprezentanţii care îmi personificau intenţia a fost anost şi a cuprins orice în afară de dorinţa mea de a scăpa de dureri. Solicitările mele de a primi ajutor au fost întâmpinate cu respingere, ba chiar cu batjocură. Franz Ruppert mi-a recomandat să mai aleg un participant ca reprezentant al durerilor mele lombare. Acesta a căzut imediat pe podea, s-a agăţat de picioarele mele, pe care le târâm prin sala de atelier de parcă erau încătuşate. Apoi, după cum mi s-a recomandat, am ales încă un reprezentant pentru micuţul Thilo, care s-a retras, înfricoşat, în cel mai îndepărtat colţ al camerei. Apoi am ales un reprezentant al mamei mele, care era de asemenea chinuită de dureri de spate şi care s-a rostogolit pe podea, pretinzând că este beată. În cele din urmă am ales un reprezentant al tatălui meu, care s-a dus imediat la fiul său mic, care s-a ascuns şi mai mult, fiind speriat de moarte.

Franz Ruppert a încheiat constelaţia, oferindu-mi explicaţia sa: intenţia mea nu mă poate ajuta să rezolv problema. Durerile lombare se agaţă de mine, îmi aparţin. Mama mea este preocupată de propria ei persoană şi nu poate sau nu vrea să conştientizeze ce se întâmplă: faptul că tatăl meu are un comportament abuziv faţă de micuţul Thilo.

Concluzie: dorinţa mea de a scăpa de dureri era în

acel moment complet irealizabilă. Mai întâi trebuia să recunosc faptul că, în mod evident, suferisem o traumă sexuală, la care am fost expus fără putinţa de a mă apăra. Violenţa pe care am trăit-o a generat un clivaj psihic, ce a dus la apariţia durerilor mele lombare, care sunt de fapt o strategie de supravieţuire. Dureri de care mă mai agăţ şi astăzi, chiar dacă, din punct de vedere obiectiv, pericolul a trecut. Când l-am întrebat care este pasul următor, Franz Ruppert mi-a dat adresa unei persoane care locuieşte în apropierea localităţii mele, situate în nordul Germaniei: Birgit Assel din Betheln.

O primă şedinţă individuală a făcut să apară un con slab de lumină în tunelul întunecat care era trecutul meu. Am avut palpitaţii puternice, ca expresie a fricii mele de moarte. O a doua şedinţă m-a făcut să mă confrunt cu atitudinea de victimă, pe care o păstram cu multă măiestrie, prin faptul că-mi formasem o concepţie asupra lumii constând în respingere, dispreţ şi ostilitate. După cea de-a treia şedinţă m-am înscris la următorul curs de formare în această metodă din Betheln.

În felul acesta au trecut cinci ani pe care i-am petrecut la cursuri de formare şi de perfecţionare, la grupuri de lucru şi seminare de o zi în cadrul cărora mi-am formulat propriile intenţii, preluând roluri de reprezentant care mi-au îmbogăţit autocunoaşterea şi în care mi-am asumat responsabilitatea conducerii grupului. Ani în care durerile mele lombare au stat în centrul preocupărilor mele, fiind implicate, în mod direct sau indirect, în lucrul meu cu trauma. În felul acesta, în interiorul meu a avut loc, treptat, un al doilea proces de dezvoltare, de la concepţia mea până la vârsta adolescenţei. Şi, datorită schimbărilor de direcţie, conştientizărilor şi emoţiilor trăite, acest proces de dezvoltare a continuat până astăzi. A fost o muncă ce a dus la constituirea unui fundament pentru sine, un fundament coerent şi solid pentru viaţa mea profesională şi socială. El a fost rezultatul încrederii mele în această metodă terapeutică, în priceperea

facilitatorilor constelaţiilor, în veridicitatea reprezentanţilor, precum şi în coerenţa experienţei mele interioare. Căci nu existau dovezi: tatăl meu a murit în urmă cu 20 de ani, într-un accident, iar mama mea îmi prezintă neîncetat imaginea unui copil dorit, fericit şi protejat. Ea a negat că ar fi existat probleme, a înfrumuseţat lucrurile şi, după ce a făcut câteva „mărturisiri parţiale”, a negat din nou faptul că eu m-am născut, deoarece, conform deciziei părinţilor mei, mama mea, având vârsta de 27 de ani, trebuia să-şi întemeieze, în sfârşit, o familie;

concepţia mea a fost un act de procreaţie pur formal;

sarcina, care iniţial a fost purtată în secret din dorinţa ambilor părinţi, ar fi putut să eşueze;

În perioada sa mai înaintată, sarcina a fost afectată de un ataşament obsesiv al mamei mele faţă de un copil pe care l-a avortat la vârsta de 18 ani;

din cauza complicaţiilor, abia am supravieţuit naşterii mele;

Iubirea mea necondiţionată a fost supusă unor condiţii: să îndeplinesc cerinţele irealizabile ale tatălui meu şi să satisfac nevoia profundă a mamei mele;

Încercările mele din copilărie de a mă delimita de părinţi, prin care mă împotriveam violenţei practicate de ei, au fost întâmpinate cu bătăi;

În copilărie, adesea eram lăsat singur de părinţii mei timp de o jumătate de noapte, iar după ce se întorceau asistam la certuri extrem de violente şi în timpul vacanţelor anuale în care practicam sporturi de iarnă împreună cu tatăl meu, aproape că mi-am pierdut viaţa de mai multe ori în timpul unor deplasări periculoase cu schiurile.

În oglindă vedeam o persoană cu performanţe înalte, bine adaptată, plină de furie şi lipsită de bucuria de a trăi, care, din cauza dorinţei sale narcisice de a obţine recunoaştere, se afla permanent în conflict cu autorităţile şi care avea o relaţie nesigură cu femeile, a căror

apropiere o suporta cu greu.

Clarificarea problemei între timp, în lucrul cu constelaţiile am reuşit să fac un progres. Am înţeles legătura dintre factorii declanşatori ai amintirilor dureroase legate de traumă, precum mirosul de transpiraţie sau frica de bau-bau, şi impulsurile de a fugi, care declanşau palpitaţii sau fibrilaţie atrială. Simptomele au dispărut aproape complet. Când astăzi se întâmplă ca inima mea să se poticnească, mă opresc, fac o pauză şi mă asigur că nu sunt în pericol. De asemenea, în timpul realizării constelaţiilor, care au adus eul şi relaţia cu eul din propoziţia ce exprima intenţia în centrul terapiei traumei psihice orientate către identitate, am dobândit o relaţie tot mai grijulie (deci tot mai autentică) cu mine însumi.

A rămas însă durerea lombară. Explicaţiile privind tensiunea enormă pe care a suportat-o corpul înainte de naşterea mea extrem de problematică şi presiunea permanentă exercitată asupra regiunii mele lombare, în timp ce m-am străduit ani de zile să suport aceste dureri, au fost concludente pentru mine, dar incomplete. Şi factorii declanşatori menţionaţi mai sus au persistat în plus, au rămas tulburările de somn grave, scâncetele nocturne, care nu erau adecvate pentru adultul Thilo, dificultăţile frecvente de respiraţie, senzaţia de mâncărime insuportabilă în anus.

În anul 2016 am fost, în cea mai mare parte, în concediu medical. Durerile lombare sfredelitoare aproape că m-au făcut să-mi abandonez slujba. Am profitat de acest timp pentru a beneficia de un diagnostic cuprinzător. Investigaţia RMN şi examenul radiologic au scos în evidenţă aparatul locomotor uzat al unui bărbat în vârstă de cincizeci şi ceva de ani cu operaţie de hernie de disc. În general, eram sănătos din punct de vedere fizic. Articulaţia sacroiliacă era permanent blocată, din cauza unei tensiuni defensive persistente, pe care nu o puteam anula în mod conştient. În octombrie 2016 am vizitat din nou grupul de

perfecţionare în terapie. Voiam să ştiu unde mă aflu şi, astfel, am formulat următoarea intenţie: „Vreau să trăiesc!” Rezultatul a fost surprinzător: EUL s-a îndreptat spre mine şi a avut o atitudine prietenoasă. Reprezentantul cuvântului TRĂIESC a fost plin de viaţă şi s-a purtat fără reţineri. Concluzia lui Birgit Assel: nu ai fost niciodată atât de apropiat de eul tău.

Pe 5 februarie 2017 am formulat următoarea intenţie: „Vreau să recunosc ce mi s-a întâmplat”. EUL s-a îndreptat din nou spre mine, într-o atitudine plină de afecţiune. Prind curaj: vreau să mă uit, chiar dacă este o cutie neagră. L-am rugat pe CE să ni se alăture. El a început să mă întrebe întruna: „Dar ce, ce anume ţi s-a întâmplat? Tu ştii! Spune-o!” CE s-a enervat, umbla încolo şi încoace. Eu am spus: „Vreau să recunosc faptul că am fost violat”. CE s-a oprit din mers, a închis ochii şi a spus: „Acum ai spus-o. Şi o să fii în ordine”. O perioadă lungă de timp am plâns, eliberându-mă, fără a fi perturbat, în timp ce EUL meu nu a dat niciun moment înapoi. M-a susţinut bărbăteşte, ca un adult, în mod viguros. Toate simptomele se potrivesc unele cu altele, inclusiv durerile lombare din apropierea şezutului. Îmi apar imagini cu ceea ce s-a întâmplat: în timpul abuzului, respir cu grijă şi mai ridic puţin pătura pentru a inspira oxigen proaspăt; apoi, respir adânc când las pătura să cadă, deoarece totul s-a terminat.

A durat o săptămână până ce am terminat de scris acest capitol, după realizarea acestei constelaţii. Soţia mea spune că de atunci somnul meu este mai liniştit. Într-un pat care te invită la odihnă şi la relaxare. Încă am dureri de spate. Cu toate acestea, vreau să trăiesc.

Thilo Behla, n. 1965, lucrează în Hanovra şi locuieşte în Lenggries. Începând din anul 2012 urmăreşte activitatea lui Franz Ruppert în cadrul unor seminare de formare şi perfecţionare terapeutică conduse de Birgit Assel, în Betheln.

GERLINDE FISCHEDICK

Eu şi şoldul meu drept – povestea renaşterii mele

Dureri apărute încă de la naştere

M-am născut în anul 1956 cu o afecţiune a şoldului, fiind cea mai mică dintre cei trei copii ai familiei. La acea vreme, medicii nu ştiau nimic despre asemenea deformări. Când am început să merg, am început să şchiopătez cu cel drept. Aveam probleme cu menţinerea echilibrului şi *a* trebuit să port, încă de timpuriu, dispozitive din fier acoperite cu piele, deoarece medicii ortopezi credeau că aveam o problemă la labele picioarelor. Era foarte dificil, deoarece astfel puteam purta numai pantofi înalţi. Îmi amintesc încă de împărtăşania mea, deoarece trebuia să port pantofi de lac din piele albă. Nu am găsit nicio pereche şi, astfel, cizmele mele negre au fost vopsite în alb.

La vârsta de aproximativ 12 ani am început să am dureri puternice deasupra genunchiului drept. Medicii au constatat că aveam o întindere musculară, care putea fi tratată cu un unguent. După ora de educaţie fizică adesea nu puteam merge şi trebuia să stau aşezată până când puteam să mă deplasez din nou. O scutire de la ora de educaţie fizică nici nu intra în discuţie. „Nu te preface!” Doar nu aveam decât o întindere musculară.

La vârsta de 13 ani am început să am dificultăţi în a mă ridica în picioare, atunci când şedeam mai mult timp. La şcoală nu puteam să merg la tablă. Mi se făceau mereu radiografii la genunchi. Nu se depista nimic. Aşadar, în ochii părinţilor mei „mă lamentam”, iar durerea a fost bagatelizată.

În anul 1970, la o săptămână după Paşte, am căzut pe treptele de pe casa scării şi nu am putut să mă mai ridic. Mama mea m-a dus la spital şi, în timp ce mergea cu maşina pe strada pavată cu piatră cubică, am remarcat că ceva „zdrăngănea” în piciorul drept, până la bazin. La spital, medicii mi-au cerut să ridic piciorul stâng, ceea ce am reuşit să fac fără probleme. Piciorul drept nu l-am putut ridica. Era un medic tânăr rezident persan, care măcar avea o idee cu privire la faptul că ar putea fi vorba

despre o luxaţie a şoldului. Diagnosticul medicului-şef a fost următorul: „Fiica dumneavoastră nu va mai putea merge niciodată. Nu-i rămâne decât să meargă în scaun cu rotile”. Mie mi-a fost tăinuit acest diagnostic. Mi s-a comunicat pe scurt că am o fractură de femur. Am stat timp de două luni şi jumătate într-un pat ortopedic cu greutăţi la picioare. Nu mă mai puteam mişca, nu mai puteam nici măcar să stau aşezată.

La acea vreme exista în Mainz un profesor care efectuase deja două operaţii de şold, în care scurtase femurul şi introdusese ca implant o placă unghiulară cu un unghi de 90 de grade, care fusese înşurubată în epifiză. În mai 1970 am fost supusă şi eu unei asemenea operaţii. Întrucât eram în perioada de creştere, bucata de os care făcea ca şoldul stâng să fie mai înalt a fost distrusă, pentru ca eu să nu devin strâmbă. De atunci nu am mai crescut de la şolduri în sus. Operaţia s-a desfăşurat cu succes. După cinci luni a trebuit să învăţ să merg din nou. În anul 1970 încă nu existau gimnastica medicală şi fizioterapia. Am mers mult timp în cârje. Nu am avut parte de întâlniri cu băieţii şi nici nu am frecventat şcoala de dans.

Din fericire, eram o bună înotătoare, iar mai târziu am devenit şi scafandru de mare adâncime, lucru ce a înlocuit gimnastica medicală. Astfel, şoldul meu drept a devenit din nou mobil. La acea vreme a trebuit să parcurg, ca exerciţiu, o distanţă de 35.000 de kilometri. După un an, placa unghiulară a fost îndepărtată. Complicaţiile au fost imense. Eram strâmbă şi, cu timpul, scheletul meu s-a deformat complet, provocându-mi hernii de disc şi dureri de spate permanente. La acestea s-au adăugat migrenele şi vărsăturile puternice.

Constelaţiile familiale şi limitele lor

Mulţi ani în care am îndurat suferinţe foarte mari nu am ştiut că fusesem traumatizată de mai multe ori. Refulasem complet actele de violenţă şi desconsiderarea de care avusesem parte în familia mea de origine. În anul 1998, o prietenă mi-a dăruit cartea *Anerkennen, was ist*

(*Să recunoşti ceea ce este*), scrisă de Bert Hellinger şi Gabriele ten Hovel, lucru pentru care îi mulţumesc (cf. Hellinger şi ten Hovel, 1996). Am citit cartea şi mi-am dat seama că în familia mea de origine ceva nu era în regulă. Cu ajutorul unor pahare şi al altor obiecte mi-am făcut prima mea constelaţie familială. Imediat am putut vedea că toată puterea era deţinută de tatăl meu, în timp ce mama noastră nu era deloc prezentă. Fraţii mei, dintre care unul era cu zece ani mai mare, iar celălalt cu şapte ani mai mare decât mine, erau preocupaţi de propriile lor probleme. Eu nu-mi găseam locul în cadrul familiei.

După ce în primăvara anului 2000 m-am separat de fostul meu soţ, o cunoştinţă mi-a atras atenţia asupra unei specialiste în terapie sistemică şi antrenor mental, care efectua în apropiere de Hanovra constelaţii familiale şi oferea cursuri de formare de trei ani. În anul 2001 am început să fac cu ea cursul de formare de trei ani, pe care l-am încheiat în ianuarie 2004. Astfel, migrenele mele s-au ameliorat, dar nu au dispărut. Nu am mai avut dureri de şold, dar am continuat să am dureri mari de spate.

Îndoielile au început să apară în anul 2007, în timp ce eram în Austria, la un curs de perfecţionare organizat de Bert Hellinger. Trebuia să căutăm o reprezentantă pentru mama noastră, să o introducem în constelaţie, iar apoi să schimbăm rolurile şi să ne transpunem pe noi înşine în situaţia mamei noastre, iar reprezentanta să ne reprezinte pe noi. În noaptea următoare, am vomitat din 15 în 15 minute. Am suferit enorm. Am simţit că ceva nu este în regulă cu metoda lui Hellinger. În ciuda lucrului foarte intens, nu m-am simţit mai bine. Ameliorările erau doar trecătoare. M-am străduit să înţeleg de ce mă simţeam atât de rău. Şi dintr-odată mi-am dat seama: de ce trebuia să o reprezint pe mama mea şi să simt că nu avea niciun sentiment, nici măcar pentru mine? Iar eu trebuia să o iert pentru asta? Să o înţeleg pe mama şi să pretind că îi insuflu acum sentimente, astfel încât relaţia noastră să se vindece? Asta îmi cerea metoda lui Hellinger, dar era o

iluzie.

Abordarea problemei cu ajutorul constelaţiilor centrate pe traumă întotdeauna am citit cu plăcere cărţile profesorului Franz Ruppert. Cărţi precum *Berufliche Beziehungswelten* (*Relaţii de muncă*) (2001) şi *Verwirrte Seelen* (*Suflete tulburate*) (2002) erau profunde şi totodată uşor de înţeles. Am reuşit să recunosc conflictele psihice descrise în ele şi să mă autoanalizez plecând de aici. În prefaţa cărţii sale *Traumă, ataşament, constelaţii familiale* (2015), mi s-a confirmat părerea mea despre Hellinger. Ruppert scria că, într-o constelaţie în care Hellinger era el însuşi reprezentant, acesta din urmă a vrut să-i atribuie lui, în calitate de reprezentant, un sentiment pe care el nu-l avea.

În timp ce căutam să cercetez cauza durerilor mele, am avut norocul să-l cunosc curând pe Franz Ruppert, în cadrul unui seminar public de constelaţii centrate pe traumă. Acest lucru s-a întâmplat în anul 2010, la scurt timp după apariţia cărţii sale, *Simbioză şi autonomie*. Am citit cartea şi mi-am dat seama că această metodă mă va ajuta. Întrucât nu-mi era clar de unde trebuia să încep să explorez traumele mele refulate, am început să analizez relaţia cu mama mea. Făceam constelaţii în fiecare lună. Din locul în care mă opream în cadrul ultimei constelaţii continuam data viitoare. Am aflat că toate traumele pe care încă nu le conştientizam erau depozitate în corpul meu. Durerile mele fizice predominante, durerile de şold împreună cu durerile de spate şi migrenele cu vărsături au ieşit la iveală în cadrul constelaţiilor. Mai întâi au dispărut vărsăturile, apoi migrenele. Ceea ce a rămas au fost durerile de şold şi de spate.

Mergeam din ce în ce mai rău. În timpul efectuării unei constelaţii am aflat că o intervenţie chirurgicală poate declanşa o nouă traumă, dacă nu înţeleg ce traumă se ascunde în şoldul meu. Am continuat să fac constelaţii, pentru a conştientiza trauma care provoca problemele mele cu şoldurile. Am luat-o pe ocolite. Am analizat

experienţele mele traumatice pe care le suferisem în calitate de copil nenăscut. Încă înainte de a se naşte, micuţa Gerlinde era deja extrem de traumatizată şi trăia o angoasă de moarte. Nu mă puteam apropia de ea.

Trebuia să fac o nouă operaţie la şold. Cu ajutorul ortopedului meu am găsit în Hanovra un chirurg care, pe baza radiografiilor efectuate în anul 1970, a constatat faptul că protezele de şold standard nu pot fi utilizate în cazul meu. Am făcut o tomografie computerizată, iar el a dispus să se confecţioneze special pentru mine o articulaţie artificială a şoldului. Avantajul consta în faptul că poziţia mea strâmbă avea să fie corectată prin faptul că picioarele mele urmau să aibă aceeaşi lungime.

Din cauza programării operaţiei am fost nevoită să renunţ la următorul seminar de constelaţii. Încă nu conştientizasem originea traumei legate de şoldul meu. Îmi era teamă. L-am împuternicit pe partenerul meu cu puteri depline. Mi-am făcut testamentul. I-am comunicat chiar şi modul în care vreau să fiu înmormântată. El nu a vrut să audă de aşa ceva şi a spus să am încredere în medic.

Articulaţia artificială ce trebuia confecţionată pentru mine nu a fost terminată, astfel încât data operaţiei a trebuit să fie amânată. Am sunat-o imediat pe conducătoarea seminarului şi am întrebat-o dacă pot participa totuşi la următorul seminar cu propria mea constelaţie. Din fericire, cineva renunţase. Aveam o ultimă şansă de a descoperi cauza afecţiunii şoldului meu. Seminarul s-a desfăşurat într-o sâmbătă şi o duminică. Sâmbătă am făcut imediat o constelaţie, întrucât voiam să analizez angoasa de moarte pe care o dobândisem încă înainte de a mă naşte. Reprezentanţii mi-au arătat că preferam să mor decât să văd ce mi s-a întâmplat în pântecele mamei înainte de a mă naşte. Acum înţelegeam de ce îmi făcusem testamentul. Vedeam clar că nu voiam să mă mai trezesc din anestezie. Toţi cei prezenţi au fost şocaţi. Facilitatorii constelaţiei au reacţionat corect şi m-au întrebat ce voiam. Voiam să lucrez doar pentru mine şi

să plec.

Ei au spus că pot reveni duminică, la sfârşitul seminarului, pentru a mai face o constelaţie într-un grup mai mic, cu care eram familiarizată. Trebuia să fac asta, o făceam doar pentru mine.

Partenerului meu nu i-am spus nimic, deşi de obicei îi comunic lucrurile pe care le descopăr în cadrul constelaţiilor. A doua zi am mers din nou, după-amiază târziu, la locul seminarului. Am asistat la ultima constelaţie, iar conducătoarea a întrebat cine mai vrea să rămână pentru mine. Cu excepţia a doua participante, care mai aveau de parcurs mulţi kilometri până acasă, au rămas toţi, lucru care m-a impresionat foarte mult. În niciuna dintre constelaţiile anterioare nu reuşisem să * 5

mă apropii de micuţa Gerlinde, copilul nenăscut. Intenţia mea a fost următoarea: „Cum pot să mă apropii de Gerlinde, copilul nenăscut şi traumatizat?”

Constelările intenţiei şi trauma originară

La acea vreme, constelaţia nu se efectua după metoda de astăzi a constelaţiei propoziţiei ce exprimă intenţia, astfel încât, în timpul procesului apropierii mele precaute de mine însămi, în calitate de copil nenăscut, a trebuit să aleg reprezentanţii pentru mama mea însărcinată, dar şi pentru tatăl meu, precum şi pentru şoldurile mele. Am reuşit să mă apropii de Gerlinde, copilul nenăscut, care tremura. M-a lăsat, în sfârşit, să ajung la ea. Am putut vedea împreună violenţa tatălui meu împotriva burţii mamei mele. Tatăl meu a crezut întotdeauna că nu sunt fata lui. Era irascibil şi adesea violent. Reprezentanta mamei mele a încercat să se protejeze şi dintr-odată a ţipat. Din fericire, în timp ce lovea burta mamei mele, tatăl meu mi-a atins numai şoldul. Am ţipat. Strigătul tăcut a ieşit, în sfârşit, din mine. Eu şi Gerlinde, copilul nenăscut, am reuşit să ne unificăm şi, cu timpul, amândouă ne-am liniştit complet. Acum ştiam de ce m-am născut cu şoldul drept vătămat.

Pe 21 iunie 2014 am fost operată. Când m-am trezit

la secţia de terapie intensivă am plâns. Eram acolo. Asistenta era foarte grijulie. Am întrebat-o dacă lucrează de mult timp în acea clinică. Da, a spus ea, lucra de 15 ani în aceeaşi secţie, care înainte fusese o secţie pentru nou-născuţi. Mi-am dat seama că mă născusem din nou, cu un nou şold. Într-adevăr, mi s-a dăruit o nouă viaţă, lipsită de dureri. Un an mai târziu, când am mers la o examinare ulterioară, medicului nu i-a venit să creadă. A rămas fără cuvinte: diferenţa de lungime a picioarelor mele era de doar patru milimetri, iar coloana mea vertebrală strâmbă se regenerase complet.

Îi mulţumesc partenerului meu pentru dragostea şi afecţiunea lui, lui Franz Ruppert pentru spiritul său de cercetător neobosit, lui Birgit Assel, Detlev Blechner, Margriet Wentink şi Wim Wassink – în împrejurimile minunate ale localităţii Auetal situată în Saxonia Inferioară, susţinută fiind de dragostea lui Agnes şi Manfred Struckmeier, precum şi de cea a Petrei Grupe, toţi aceştia mi-au oferit sprijinul până la efectuarea operaţiei şi continuă să mă însoţească şi astăzi.

Bibliografie

Ruppert, F. (2001): *Berufliche Beziehungswelten*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme

Ruppert, F. (2002): *Verwirrte Seelen*. München: Kösel

Ruppert, F. (2012): *Simbioză şi autonomie*. Bucureşti: Trei

Ruppert, F. (2015): *Traumă, ataşament, constelaţii familiale*. Bucureşti: Trei

Gerlinde Fischedick locuieşte în Hanovra, este terapeut sistemic, consilier psihologic, mediator şi avocat.

MARTINA WITTMANN

Durerile cronice de umăr

Suferinţa şi persistenţa ei în primăvara anului 2015 am început să am mereu dureri uşoare în umărul drept, pe care le-am ignorat sau le-am lăsat deoparte până la mijlocul anului. De asemenea, consideram permanent că există explicaţii aparent plauzibile cu privire la cauza

apariţiei lor. Apoi durerea s-a modificat. Apărea întotdeauna brusc, iniţial fiind suportabilă, uşoară şi intensă doar în anumite locuri, după care devenea predominant intensă şi suportabilă doar în unele locuri. Am continuat să accept durerea şi să încerc să o suport. Apoi a sosit momentul în care am adoptat permanent o postură protectoare – mişcările mele au devenit extrem de limitate, iar mie îmi era teamă că umărul meu va înţepeni. În ciuda suferinţei, am continuat să încerc să ascund durerile şi să funcţionez normal. Când vorbeam despre dureri, le minimalizam, îmi era teamă că ceilalţi nu mă credeau că nu simt bună de nimic. Am conştientizat toate acestea şi, deşi consideram că comportamentul meu este ciudat, puteam să acţionez numai în felul acesta. M-am învinovăţit chiar şi pentru propria mea incapacitate şi prostie.

Vizite la medic, dar fără succes

În aprilie 2016 m-am dus, în sfârşit, la un ortoped specializat în tratarea „umărului”. El mi-a mişcat umărul în mai multe direcţii, mi-a făcut o ecografie şi a ajuns la concluzia că nu se vedea nimic şi nu era nimic. Însă puteam face o terapie bazată pe stimulare electrică. Urma să revin când mai aveam dureri. I-am spus că găsesc acest lucru ca fiind destul de ciudat, întrucât puteam rămâne chiar atunci, deoarece aveam deja dureri. Am plecat frustrată de la cabinetul medical, însă aveam senzaţia că durerea se ameliorase – ceea ce nu era adevărat. În acel moment simţeam mai mult furia împotriva medicului şi nu durerea. Am fost bucuroasă că am plecat de acolo. La „terapia cu curent electric” m-am dus singură o dată. Ulterior, durerile s-au agravat.

Am căutat imediat un alt medic specializat în tratarea umărului şi am făcut o programare. La început, am considerat că acest doctor era mai drăguţ. El a efectuat aceleaşi investigaţii pe care le făcuse şi primul medic şi a spus că vede nişte depuneri foarte mici de calciu, dar nu crede că ele declanşează asemenea dureri. Considera că

trebuie să fac o operaţie, prin care aceste depuneri urmau să fie înlăturate. Apoi urma să vadă ce se mai întâmplă. Am ştiut imediat că nu vreau să fac acest lucru. Voiam să plec cât mai repede. Acum mă aflam într-o dilemă. Pe de o parte, voiam să primesc ajutor din partea unui medic, îmi doream să am un diagnostic care să îmi confirme faptul că există o problemă. Pe de altă parte, eram nemulţumită de metodele de tratament oferite şi, în plus, mi s-a confirmat faptul că umărul meu „nu are nicio problemă”.

Privind retrospectiv, îmi vine greu să înţeleg cum de a durat atât de mult până când mi-a venit ideea să fac o constelaţie pentru a descoperi cauza acestui simptom. Lucram deja de mult cu metoda constelării intenţiei asupra propriei mele persoane şi formulasem adesea intenţii referitoare la unele simptome. Acest lucru mă ajutase foarte mult. Însă de data aceasta a durat prea mult până când mi-a trecut prin minte această posibilitate.

„Eu vreau să ştiu ce semnificaţie au durerile mele de umăr”.

În mai 2016 am lucrat în cadrul grupului meu de intervizare în care am formulat următoarea intenţie: „Eu vreau să ştiu ce semnificaţie au durerile mele de umăr”. Am selectat mai întâi un reprezentant pentru EUL meu şi am stabilit o relaţie pozitivă şi cordială cu el. I-am explicat situaţia şi am simţit că mă înţelege şi mă susţine. Apoi am decis să aleg un reprezentant pentru DURERILE DE UMĂR. Întrucât în grupul nostru nu mai erau disponibili decât doi bărbaţi, l-am ales pe unul dintre ei şi i-am spus că îl rog să reprezinte DURERILE mele DE UMĂR ca şi cum ar fi o femeie. În momentul în care am spus acest lucru, am simţit brusc că ceva nu era în regulă – DURERILE DE UMĂR erau masculine, nu feminine! Şi reprezentantul DURERILOR DE UMĂR a spus imediat că el nu este în niciun caz o femeie. M-a luat de mâini, m-a ţinut strâns şi mi-a spus că este extrem de excitat. Am intrat în panică. Am mai auzit cum EUL meu mă întreabă dacă acesta este tatăl meu. Ştiam doar că DURERILE DE

UMĂR sunt masculine – că este, oarecum, tatăl meu, dar nu este o persoană concretă, ci sunt mai multe persoane. Nu puteam să exprim mai exact acest lucru.

Întrebarea EULUI meu şi răspunsul pe care i l-am dat mi-au dat un impuls puternic, astfel încât am reuşit să mă desprind din strânsoarea DURERILOR mele DE UMĂR şi m-am ascuns într-un colţ. Eram tensionată, rigidă şi abia mai respiram. EUL meu nu m-a mai luat în seamă, ci repeta întruna cuvintele rostite de DURERILE DE UMĂR: „Sunt excitat, sunt extrem de excitat”. DURERILE DE UMĂR voiau să vină la mine, iar EUL meu spunea întruna, cu foarte multă siguranţă şi hotărâre: „Nu!”

La început am auzit numai cuvintele rostite de DURERILE DE UMĂR. Eram singură, expusă şi incapabilă să acţionez. Am observat că EUL meu era prezent şi viguros, dar eu pierdusem contactul cu el. Apoi am auzit şi ceea ce spunea EUL meu şi am reluat relaţia cu el. Datorită relaţiei cu EUL meu am dobândit putere şi încredere. Am reuşit să mă ridic în picioare, iar rigiditatea şi panica au mai dispărut puţin. DURERILE DE UMĂR au continuat să fie prezente, dar au încetat să mai vorbească. Datorită relaţiei cu EUL meu am înţeles că DURERILE DE UMĂR nu reprezentau o anumită persoană, ci simbolizau întreaga energie sexuală masculină. I-am spus acest lucru EULUI meu. El mi-a spus că simte acelaşi lucru şi că de acum înainte va fi mereu alături de mine. Am simţit că este adevărat, în timpul contactului cu EUL meu, DURERILE DE UMĂR au trecut în planul secund. Erau încă prezente, dar nu mai aveau acces la mine şi tăceau.

Dispariţia durerilor mele de umăr începând din acea zi durerile mele de umăr au dispărut. Această constelaţie mi-a demonstrat cât de profunde simt rănile şi clivajele provocate de violenţa sexuală. Până la vârsta de doisprezece ani am fost traumatizată sexual de trei persoane: de tatăl meu şi de doi bărbaţi din satul în care am crescut.

Dinamica constelaţiei mele am interpretat-o în felul

următor: DURERILE DE UMĂR reprezentau energia torţionarilor mei, nu un singur agresor. De aceea alegerea cuvântului *dureri* de umăr, adică utilizarea formei de plural a cuvântului *durere*, era corectă. O parte din mine continuă să se activeze atunci când simte sau când suspectează prezenţa energiei sexuale masculine. În constelaţia mea, acest lucru a devenit evident ca urmare a strânsorii şi a cuvintelor lascive rostite de DURERILE DE UMĂR. În viaţa de zi cu zi, percep diferit această energie şi nu o raportez la mine. De exemplu, atunci când un bărbat transpiră, o parte din mine categoriseşte mirosul ca ţinând de această energie şi intră apoi în starea de odinioară. Atunci are loc clivajul eului meu. Am simţit clar că am o structură sănătoasă a eului, care spune „nu”, care se poate delimita şi care acum este prezentă. Este acel eu care nu luptă contra energiei masculine. Atenţia mea este îndreptată asupra mea. Când îmi percep eul, pot întâlni bărbaţi fără să fiu stresată şi pot stabili limita de care am nevoie.

În iulie 2014 mi-am schimbat locul de muncă şi din acel moment am avut de-a face mai mult cu bărbaţi. Înainte de asta lucrasem aproape exclusiv cu femei. Datorită acestei constelaţii mi-am putut da seama că în interiorul meu continuă să funcţioneze mecanisme de supravieţuire şi structuri loiale agresorului, care iniţial au vrut să dea durerilor de umăr o altă atribuire. Sunt profund mişcată când văd cu ce precizie intenţia mea îmi oglindeşte psihicul şi mă ajută să mă înţeleg mai bine.

Martina Wittmann, n. 1960, este soră medicală şi profesoară de asistenţă medicală. În anul 1998 a urmat cursuri de supervizare, iar în anul 2002 a absolvit un curs de perfecţionare cu prof. dr. Franz Ruppert. Începând din anul 2004 conduce seminarii şi practică terapie individuală în propriul cabinet particular din Augsburg.

www.traumaaufstellung-augsburg.de

JULIANE VON KRAUSE

„Ce s-a întâmplat cu gâtul meu?”

Dureri puternice prezente încă din copilărie

Să te trezeşti dimineaţa cu greaţă şi cu senzaţia că mai multe persoane te-au lovit din spate cu o şipcă din lemn. Să ai tensiuni puternice şi dureri în ceafă şi în zona gâtului. Să ai dureri de cap toată ziua. Încă din tinereţe am suferit, de câteva ori pe lună, de dureri puternice de cap şi am fost chinuită de o durere intensă în zona cefei. O uşoară ameliorare apărea numai după ce luam analgezice.

Am decis să cercetez, în cadrul unei constelaţii, cauzele acestei dureri de ceafă. O investigaţie RMN arătase în urmă cu câţiva ani faptul că, cu mult timp în urmă, suferisem o hernie de disc în zona cervicală. Această investigaţie fusese efectuată, deoarece, după o căzătură la schi am suferit de vertij. Din fericire, ameţelile au trecut în urma unui tratament osteopatic eficient. Cu toate acestea, nu mi-am putut explica „vechea hernie de disc” pe care o observase odinioară medicul ortoped.

Perceperea apropierii morţii

Intenţia mea suna în felul următor: „Ce s-a întâmplat cu gâtul meu?” În şedinţa individuală am rugat-o pe terapeuta mea să intre în rolul fiecărui termen din enunţ. Constelaţia a fost extrem de revelatoare: în rolul cuvântului CE reprezentanta mea s-a simţit foarte rău. O durea tot corpul, simţea greaţă şi dureri de ceafă. În rolul lui S-A ea a avut senzaţia că-şi părăseşte corpul şi că leşină. Şi în rolul cuvântului cu a simţit un disconfort fizic şi a ameţit. A avut senzaţia că totul se învârte şi că iese din corp. În poziţia cuvântului MEU terapeuta a simţit că este o fetiţă. Capul i-a fost tras puternic spre spate şi i-a fost întins peste măsură, astfel încât a ajuns să aibă o poziţie corporală foarte incomodă. I-au apărut dureri la genunchi. A spus că nu se poate orienta şi că nu ştie ce se întâmplă. În plus, a simţit nevoia să tuşească uşor.

Am recunoscut toate simptomele descrise ca fiind ale mele: dureri de ceafă, ameţeli, dureri în genunchiul stâng, tuse. Am considerat acest lucru ca fiind impresionant şi totodată înfricoşător. Am simţit compasiune faţă de acea

fetiţă şi faţă de toate părţile din interiorul meu care sufereau atât de mult.

În rolul cuvântului GÂT terapeuta a spus următoarele: „Mă simt fragmentată. Trebuie să depun mult efort pentru a-mi ţine toate părţile laolaltă, pentru a nu mă descompune. Simt foarte instabilă şi trebuie să ripostez mereu”. Iniţial, această afirmaţie nu m-a ajutat prea mult, însă şi în cazul acesta am simţit compasiune. Când terapeuta a intrat în rezonanţă cu cuvântul ÎNTÂMPLAT, a început să se clatine, spunând că are senzaţia că totul i se învălmăşise în minte şi că începuse să se învârtă. Nu se putea uita în ochii mei. M-am întrebat ce semnificaţie au aceste noi informaţii. Când anume am resimţit o asemenea confuzie în minte?

În rolul semnului întrebării terapeuta s-a simţit singură, abandonată şi a avut sentimente de vinovăţie. Ea a spus: „Sunt încă mică, nu simt eu de vină!” A spus că poartă la gât un guler cervical şi că are gâtul rigid. I-a venit în minte următoarea frază: „Dacă nu l-aş fi purtat, aş fi murit”. Am înţeles. Musculatura gâtului trebuia susţinută, altminteri aş fi murit! în acest moment m-au trecut toţi fiorii: am conştientizat apropierea morţii. Şi în acest rol a apărut tuşea uşoară. În cele din urmă, reprezentanta a ajuns să aibă o senzaţie puternică de sufocare până la hiperventilaţie. Au reapărut durerile de genunchi. Am recunoscut această senzaţie de sufocare, căci am trăit-o în repetate rânduri în situaţii ameninţătoare. * *9*

Un accident de maşină şi consecinţele sale în timpul discuţiei cu terapeuta am înţeles, în cele din urmă, ce ieşise la iveală: toate acestea erau emoţiile, leziunile şi stările trăite în timpul unui accident grav de maşină pe care îl suferisem la vârsta de cinci ani. Volkswagenul nostru Broscuţă se ciocnise frontal cu o altă maşină. Tatăl meu a suferit o fractură de picior, mama, o fractură de braţ. Când a avut loc ciocnirea, eu, fiind mică, dormeam pe bancheta din spate şi în timpul coliziunii am fost aruncată

în aer. Pe atunci încă nu se foloseau centurile de siguranţă. Am fost pentru mai mult timp în stare de leşin. Amintirile mele despre accident încep abia odată cu trezirea în ambulanţă. Mama mea era cu mine. Din cauza unei comoţii cerebrale a trebuit să rămân apoi câteva zile în spital. Cred că traumatismul cervical nu a fost identificat la acea vreme şi nu am primit un guler cervical. Pe faţă am avut tăieturi, care au trebuit să fie cusute. Ele au fost cauzate de faptul că m-am lovit de scrumiera metalică a maşinii.

Şederea în spital şi separarea de părinţii mei au fost un şoc pentru mine. Eram dezorientată, nu puteam să dorm şi nu voiam nici să mănânc. De aceea, deja după câteva zile mi s-a dat drumul din spital. Mai ales în prima zi, înainte ca mama mea să vină să mă viziteze, am fost foarte îngrijorată cu privire la tatăl meu, deoarece nu ştiam ce i s-a întâmplat. El fusese transportat cu o altă ambulanţă. Mama mea a reuşit să mă liniştească puţin, spunându-mi că tatăl meu se va însănătoşi. Întreaga situaţie era şi mai confuză pentru mine, deoarece la acea vreme Germania era doar o ţară străină pentru mine, iar familia mea venise aici în vizită abia de câteva zile.

Accidentul a fost un şoc pentru noi toţi. Pentru tatăl meu a fost deosebit de grav şi pentru faptul că a pierdut maşina nou-nouţă. El fusese şoferul şi nu acordase prioritate, probabil deoarece era încă obişnuit să circule pe partea stângă, aşa cum se proceda în Africa de Sud, ţara de unde veniserăm noi. În discuţiile ulterioare purtate în cercul familiei tatăl meu spusese odată că accidentul se petrecuse doar pentru că dormise prost în timpul nopţii. În felul acesta a dat vina pe mine, deoarece în acea noapte eu am tuşit foarte mult. În copilărie avusesem adesea accese de tuse. De aceea în dimineaţa accidentului avusese loc o ceartă între el şi mama mea, care îmi luase apărarea. Aşa că înţeleg şi motivul pentru care semnul întrebării, care era o parte din mine, a avut sentimente de vinovăţie în timpul constelaţiei.

Când mi-am văzut părţile în cadrul constelaţiei şi le-

am simţit în interiorul meu, mi-am dat seama că în acest accident petrecut în copilărie am fost aproape să mor. Abia am supravieţuit. Când am conştientizat acest lucru, am fost foarte tulburată. Acum înţelegeam ce mi se întâmplase în acest accident de maşină pe care îl suferisem în copilărie.

După această constelaţie, în interiorul meu a avut loc o modificare minunată şi o însănătoşire. Ce-i drept, de câteva luni mai am dimineaţa dureri uşoare de cap, însă durerile puternice din spatele gâtului au dispărut. Chiar şi durerile mele de genunchi, care din punct de vedere medical simt puse pe seama artrozei, s-au diminuat foarte mult. Am obţinut un mare câştig în ceea ce priveşte calitatea vieţii!

Juliane von Krause s-a născut în anul 1958, în Africa de Sud, şi locuieşte în München. Este directorul executiv a doua centre de consiliere de specialitate şi al unui adăpost pentru femeile victime ale violenţei domestice.

CATHERINE XAVIER

Trauma şi postura corporală

Să fii mereu acolo doar pentru ceilalţi

La cabinetul meu de psihoterapie vin uneori clienţi cu simptome fizice. Ei vor să afle care sunt cauzele care stau în spatele simptomelor lor şi ce exprimă acestea în legătură cu corpul lor. Se întâmplă şi invers: clienţii lucrează la problemele lor psihice şi, de-a lungul timpului, devine evidentă şi legătura cu simptomele lor fizice. Aşa s-a întâmplat şi cu Susanne.

Susanne are 45 de ani şi, de ceva timp, vine în mod regulat la cabinet. Are un fler excelent pentru stările de spirit şi nevoile celorlalţi. Este destul de pricepută în a dezamorsa o atmosferă încărcată, de exemplu în familia sa ori în cadrul firmei. Încă de mic copil, spune ea, şi-a luat sarcina de a echilibra climatul familial tensionat. Nu-şi recunoaşte propriile ei nevoi. Îi este teamă că familia ei s-ar putea „dezmembra” dacă ea ar renunţa la rolul ei, dar nici nu mai vrea să se retragă, aşa cum a făcut până acum.

Până în prezent nu a spus niciodată că ar avea simptome fizice. După aproximativ nouă luni mi-a dezvăluit, aproape în treacăt, că are de ani de zile dureri din cauza scurtării de tendon de la nivelul coapselor şi din interiorul palmelor şi că acestea s-au ameliorat de când am început să lucrăm împreună. Simte că se întâmplă ceva cu tendoanele ei scurtate. „Ceva se întâmplă aici”, râde ea.

„Eu vreau să-mi trăiesc propria mea viaţă”.

Aşa sună intenţia ei, cu care lucrăm în cadrul unei şedinţe individuale. La început mă poziţionează în mijlocul camerei, în calitate de reprezentantă a cuvântului MEA, cu care intru în rezonanţă, făcându-mă să mă simt nesigură. În calitate de reprezentantă a cuvântului MEA, am nevoie de contactul cu ea, numai împreună cu ea pot rămâne în mijlocul camerei. Trebuie să mai dobândesc stabilitate, însă împreună cu ea pot rămâne acolo. Curând simt nevoia să primesc din afară, probabil din partea părinţilor, asigurarea că am, într-adevăr, permisiunea de a sta acolo. Susanne mă ţine de mâini şi îmi confirmă faptul că avem voie să stăm acolo. Contactul cu ea este încă puţin instabil, dar acum el există.

În continuare, Susanne mă pune să reprezint cuvântul VIAŢĂ. în acest rol mă simt foarte mică şi firavă. Mă uit în podea. Nu mă pot mişca. Mă simt izolată, singură şi incapabilă de a acţiona. Susanne stă chiar în faţa mea, însă păstrează distanţa. Mă priveşte sceptic: „Nu aşa îmi imaginez eu viaţa mea”. Îmi urmez impulsul de a mă aşeza pe podea, de a-mi ridica picioarele şi de a-mi băga capul între genunchi. Îmi este teamă să nu o enervez şi să nu mă respingă. Încep să mă ruşinez de mine. În cele din urmă încremenesc. Susanne îşi aminteşte acum că, în copilărie, şedea adesea toată după-amiaza în şopron, cu păpuşa sa, într-o poziţie ghemuită, cu picioarele şi braţele îndoite. Chiar şi atunci când se culca seara în pat stătea într-o poziţie ghemuită.

Apoi alege cuvântul EU. în calitate de reprezentantă a cuvântului EU mă simt neliniştită şi gata de acţiune: „Nu

vreau să mai aştept, vreau să acţionez, vreau acţiune”. Celelalte două părţi sunt pentru mine, în calitate de EU, prea lente şi mult prea ezitante. La început, acest lucru îi place Susannei, deoarece şi ea vrea să meargă, în sfârşit, „mai departe”.

Ulterior, în calitate de reprezentantă a cuvântului VREAU am oscilat între Susanne, EUL şi celelalte părţi. Nu ştiu încotro să merg şi cu cine. Susanne spune că şi-a imaginat de fapt că VREAU ar trebui să se îndrepte către VIAŢĂ, însă, aşa cum se prezintă aici VIAŢA, nu ştie dacă asta este ceea ce vrea. Brusc, Susanne devine tăcută, apoi spune: „Nu, nici aşa nu merge. Nu vreau să am o viaţă, vreau să am PROPRIA MEA VIAŢĂ. Asta este ceea ce am trăit în copilărie. Nu pot face abstracţie de acest lucru. Face parte din mine şi din povestea mea!”

Însănătoşire datorată unui contact mai bun cu eul

Susanne a fost al patrulea copil al unei familii care avea o situaţie dificilă şi în care cu greu exista spaţiu pentru încă un copil. Nici mama, nici tatăl nu erau pregătiţi pentru un al patrulea copil, când mama a rămas însărcinată încă o dată fără să vrea. Susanne era a patra fată, iar părinţii sperau să aibă măcar acum un băiat. Încă de la o vârstă fragedă Susanne a învăţat să aibă o atitudine retrasă în familia ei, pentru a nu fi, pe cât posibil, o povară. Mesajele pe care le primea erau: „Eşti în plus” şi „Ai sexul greşit”. Prin ceea ce a ieşit la iveală prin intermediul cuvântului VIAŢĂ, devine evident cum trebuie să se fi simţit Susanne în copilărie şi ce a însemnat „viaţa” pentru ea. Faptul de a avea o atitudine retrasă şi de a se „contracta” literalmente (inclusiv din punct de vedere fizic) a fost pentru ea o strategie de supravieţuire şi, prin urmare, o consecinţă a traumei ei de identitate – la fel ca şi adoptarea rolului de pacificator din cadrul familiei, cu scopul de a-şi justifica propria sa existenţă. EUL lui Susanne se afla într-un mod de supravieţuire şi nu într-un contact perceptibil cu experienţa sa din copilărie. El a arătat că Susanne era ruptă de o parte din ea însăşi. Ideea

sa de a-şi trăi „viaţa ei” nu-i aduce vitalitatea mult-dorită, ci mai degrabă o îndepărtează de aceasta, câtă vreme în spatele ei se ascunde dorinţa inconştientă de a se lepăda de trecut. A recunoscut acest lucru în urma efectuării acestei constelaţii. Şi, cu cât se îndreaptă mai mult către realitatea ei interioară, croindu-şi, astfel, drum către ea însăşi, cu atât mai mult se poate „dezvolta” şi din punct de vedere fizic.

Susanne continuă să vină regulat la mine şi face constelaţii pentru ea însăşi. Treptat, ea reuşește tot mai bine să stabilească un contact perceptibil cu sine şi cu eul ei. Acest lucru se reflectă în lucrul cu constelaţiile, dar şi în viaţa ei de zi cu zi. Printre altele, şi prin faptul că renunţă la comportamentele ei autodistrugătoare, care până acum i-au servit drept compensaţie. Îmi spune cu mândrie că a încetat în mare măsură să consume alcool seara. Bineînţeles că îi place să mai bea din când în când câte un pahar de vin cu prietenii, dar nu o mai face în fiecare seară. În plus, acum simte foarte exact ce cantitate poate să bea şi când trebuie să se oprească, pentru a nu-i fi rău. De asemenea, nu mai simte nici nevoia de a depăşi această limită. Şi ciocolata o mănâncă doar în cantităţi mici, pe care le savurează. Îşi simte corpul tot mai mult, îi percepe semnalele şi poate rămâne în armonie cu el.

Totuşi, cu cât îşi simte mai mult corpul, cu atât mai bine observă Susanne şi modul în care nevoile ei sunt ignorate de membrii familiei. Este foarte dureros pentru ea să recunoască pe deplin realitatea familiei sale. Încă se mai străduieşte să fie băgată în seamă de mama şi de surorile sale. Simte din ce în ce mai mult că această familie nu-i face bine, însă teama de a nu pierde persoanele de care s-a ataşat odinioară şi de a nu fi singură este profundă şi o resimte şi astăzi. Susanne observă acum mai clar legătura dintre experienţa pe care a trăit-o cu familia ei, pe de o parte, şi comportamentele adictive şi simptomele ei fizice, pe de altă parte. Astăzi ea poate simţi mai bine ce viaţă a dus cu adevărat pe vremea

când era copil. Şi este hotărâtă să continue să lucreze asupra propriei ei persoane, pentru a evolua.

Experienţele traumatice timpurii sunt adânc ancorate în noi, mai ales dacă ele s-au petrecut în perioada prenatală. Asemenea procese terapeutice profunde ce au ca scop transformarea au nevoie de timp, necesită empatizarea cu propria persoană şi trebuie să aibă loc în conformitate cu propriul ritm.

Catherine Xavier este medic naturist; ea este specializată în terapia traumei psihice orientată către identitate şi în metoda constelării intenţiei şi lucrează în propriul cabinet particular din Berlin, cu grupuri şi cu clienţi individuali.

www.psychotraumatherapie-berlin.de

ISABELLA GERSTGRASSER

Artrita reumatoidă

Monstrul

Unde este însoţitorul meu, monstrul? A plecat! Nu-mi vine să cred! Mulţi ani de-a rândul m-a urmărit, m-a hăituit, forţându-mă să mă ruşinez pentru ceea ce au făcut alţii. Monstrul era un balaur înspăimântător. Era populist, naţionalist, antieuropean, misogin, xenofob, homofob şi extrem de ipocrit. Putea să-şi ceară umil mii de scuze, pentru a-şi ascunde dispreţul său profund faţă de oameni, dorinţa sa de a distruge, energia sa criminală. În timpul şedinţelor mele de terapie m-am bătut şi m-am luptat din toate puterile cu acest monstru, introiecţia de tip agresor-victimă provenită din familia mea de origine. Termenul „monstru” este un nume prea inofensiv pentru bestia în uniformă din piele maronie, care a încercat zi de zi să mă distrugă şi să-mi răpească bucuria de a trăi.

Victimele, ucigaşii şi naziştii din familia mea

La noi acasă se povesteau foarte puţine lucruri, în schimb se tăcea foarte mult. N-am reuşit să înţeleg niciodată cu adevărat realitatea familiei mele. Interesant era faptul că am fost singura dintre cei şase fraţi care era atât de curioasă, care voia să ştie ce se petrece în familie.

Voiam să aflu ce se ascundea în spatele acelor nori sumbri ai tăcerii. După moartea părinţilor, când am ajuns la maturitate, am vrut să ştiu cu adevărat. Am făcut cercetări detaliate în arhive, am purtat multe discuţii cu cunoştinţele şi cu rudele. Acest impuls – acela de a dori să ştiu ce se întâmplă – a fost un prim pas important către mine. Ceea ce a fost dificil pentru mine a fost faptul că curiozitatea mea m-a făcut extrem de neîndrăgită în cercul rudelor mele. Cu toate acestea, nimeni nu m-a putut împiedica să învăţ să gândesc mai clar. Şi, în felul acesta, am devenit mai îndrăzneaţă şi am continuat să fac cercetări.

Bunicul meu, Karl, a murit încă înainte ca eu să mă fi născut. Se pare că a fost un om, un prieten şi un vecin foarte amabil. Însă ceea ce am descoperit în cursul cercetărilor mele asupra familiei este mult mai complex. El a fost şi activist al NSDAP (*Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei* – Partidul Muncitoresc Naţional-Socialist German) şi nu doar un membru inofensiv, aşa cum îi plăcea familiei să-l înfăţişeze. Soţia lui, bunica mea, Guşti, a fost ucisă în februarie 1943 de un glonţ tras cu pistolul său de serviciu. Circumstanţele din jurul acestui incident au rămas învăluite în mister, deoarece nimeni nu a vrut să vorbească despre acest lucru. împuşcătura mortală a avut loc sub ochii copiilor. Mama mea a fost unul dintre aceşti copii, ea avea la acea vreme 11 ani, iar mătuşa mea, 14 ani. Bunicul meu a fost responsabil şi de faptul că fratele bunicii, Pepi, şi soţia lui, Greti – ambii s-au opus în mod activ regimului nazist – au fost ucişi de către zbirii nazişti.

Mi-am dat seama că aceste evenimente trebuiau să aibă consecinţe şi asupra generaţiei următoare, cu atât mai mult cu cât s-a păstrat o tăcere înverşunată asupra celor întâmplate. Căci secretele familiale distructive aruncă umbre lungi. Când propriii strămoşi se fac vinovaţi de moartea violentă a membrilor familiei, nici energia criminală a agresorilor, nici frica justificată a victimelor de a nu fi ucise nu dispar de la sine din structura relaţiilor

familiale. Aceste stări rămân prezente pentru generaţiile ulterioare ca moştenire emoţională clivată, ca dinamică agresor-victimă, ca angoasă existenţială şi ca energie interiorizată a agresorului.

Eu am moştenit o parte considerabilă din această dinamică. La nivel psihic aceasta s-a manifestat la mine sub forma fricii de exterminare şi a sentimentelor puternice de vinovăţie şi de ruşine. La nivel fizic ea s-a manifestat sub forma artritei mele reumatoide dureroase, o boală autoimună care atacă propriul corp şi duce la complicaţii grave. Ceea ce s-a întâmplat în interiorul meu şi cu mine nu am putut înţelege nici măcar în linii mari. Mi-a fost imposibil să mă apropii de această vâltoare a traumelor transmisă transgeneraţional. Faptul că eu însămi eram „prizonieră" şi că eram prinsă într-o dinamică familială de tipul agresor-victimă – o asemenea idee nu mi-ar fi trecut prin minte. Strategiile mele de apărare împotriva stresului s-au derulat pur şi simplu ca un program distructiv ce nu putea fi oprit. Acest program a fost mult timp programul meu de supravieţuire. Pentru a putea supravieţui (din punct de vedere psihic) în familia mea, am fost nevoită, încă de la o vârstă fragedă, să mă clivez, să renunţ la mine, să accept temerile difuze, fenomenele emoţionale şi fizice violente.

Cu sora mamei mele – naşa mea – am avut încă de mică o relaţie specială, pe care astăzi aş caracteriza-o drept o relaţie de iubire/ură simbiotică. Natura legăturii noastre familiale mi-a dat sentimentul că ar trebui să fiu alături de ea. Am fost alături de ea, pentru ca ea să nu trebuiască să fie singură şi să se simtă bine. Ea, mătuşa mea, era o văduvă tânără. Nu avea copii, mă avea doar pe mine. Când voiam să scap din strânsoarea coexistenţei noastre conflictuale, mă simţeam imediat vinovată şi mă ruşinam pentru egoismul meu. Aşa am şi făcut: nu am ieşit din captivitatea relaţiei noastre. Am început să fiu interesată de copilăria ei. Şi astfel am vorbit cu ea mult şi despre perioada celui de-al Doilea Război Mondial. Am

încercat mult timp să înţeleg de ce şi în ziua de azi ia apărarea naţional-socialismului şi a epocii lui Hitler. În privinţa aceasta nu am putut face niciun progres.

La un moment dat mi-am dat seama că pentru mine este necesar să mă desprind de relaţiile complicate pe care le aveam cu familia mea de provenienţă. Am vrut să ies din ele şi, în felul acesta, m-am distanţat în plan interior de familia mea şi în mod foarte concret de mătuşa mea. Pentru ea, decizia mea a însemnat foarte mult. După desprinderea mea din relaţie ea a luat calea paranoiei şi a demenţei. Din nou, aproape că nu am putut suporta acest lucru, deoarece mătuşa mea, care între timp împlinise 87 de ani, devenise extrem de neputincioasă şi singură. Am suferit foarte mult din cauza faptului că nu puteam face nimic pentru ea. Au durat ani de zile până am ajuns nu doar să pot să cred, ci şi să simt că nu eu eram responsabilă de viaţa şi de bunăstarea ei, d ea însăşi. Sentimentele mele de loialitate necondiţionată faţă de ea s-au diminuat treptat şi totodată a ieşit la iveală tot mai dar propria mea esenţă, adevărata mea identitate. Am reuşit să văd că exista o Isabella care era marcată de atribuirile făcute de familia ei şi o altă Isabella, cea care sunt eu cu adevărat.

Mama mea a luat secretul cu ea în mormânt încep chiar cu începutul, cu amintirile mele cele mai timpurii. Cu ochii mamei mele. Îmi era teamă de ei. Probabil că de aceea am fost nevoită să-mi reprim încă din copilărie propriile mele nevoi şi sentimente, în special nevoia mea de iubire. Am rămas foarte mult timp blocată în relaţia cu mama mea, deoarece speram că, la un moment dat, voi primi totuşi iubirea maternă de care am fost privată. Am fost un copil care nu a avut parte de iubire şi m-am ruşinat cumplit pentru acest lucru, chiar şi după ce ajunsesem deja de mult la vârsta maturităţii. În secret credeam că nu sunt demnă de a fi iubită. Deşi bunicii şi părinţii erau cei care nu ştiau de fapt ce este dragostea, m-am învinovăţit pe mine însămi pentru situaţia mea. În cazul meu,

propoziţia „Nu sunt iubită” s-a transformat curând în „Nu sunt demnă de a fi iubită”. Faptul că în copilărie am primit prea puţină căldură, ocrotire şi îndrumare l-am considerat mult timp ca fiind un eşec personal. Mult timp am sperat şi că, dacă înţeleg destul de bine ce i s-a întâmplat mamei mele şi dacă o iert pentru ceea ce a refuzat să-mi ofere, şi anume dragostea ei, atunci totul va fi din nou bine între noi. Atunci şi eu mă voi simţi din nou bine. Prietenii şi terapeuţii bine intenţionaţi au descoperit, de asemenea, că-mi lipseşte disponibilitatea de mă împăca şi de a ierta. Eram dispusă să lucrez cu mine, de aceea am încercat să practic iertarea. I-am cerut mamei mele în gând iertare. Ghinionul meu a fost, şi asta a fost o dezamăgire foarte amară pentru mine, că, în ciuda strădaniilor mele, pentru mine nu a existat un sfârşit fericit. În loc să dobândesc linişte şi uşurare interioară, am ajuns să simt o durere profundă. Am fost confruntată în mod nemilos cu întrebarea: cine sunt eu cu adevărat? Şi m-am simţit goală pe dinăuntru. A fost dificil pentru mine când am conştientizat acest lucru.

Când copiii ca mine ajung la maturitate şi descoperă, în cele din urmă, că au crescut într-o familie de criminali mincinoşi, nu se simt deloc mai bine. Nu se simt mai bine nici mai târziu, când reuşesc să îmbrăţişeze o profesie şi să întemeieze o familie. Nu voiam decât să pot să fiu cu mine însămi şi totodată să am un sentiment adânc de apartenenţă faţă de alţi oameni. Însă numai în rare momente am reuşit să simt ce înseamnă acest lucru. Adesea, dorinţa mea de apropiere necondiţionată, încercările mele neîndemânatice de a stabili contacte au provocat un dispreţ bine camuflat. Mă măcina permanent teama de a nu mă da la fund, de a nu fi nevoită să renunţ la mine. Simţeam că-mi lipseşte ceva, ceva fundamental. Ce anume era, nu ştiam. În orice caz, avea de-a face cu mine, cu natura mea interioară.

În anul 2002 mama mea a decedat fără să fi avut loc nici cea mai mică schimbare în relaţia noastră înfiorătoare.

Era deja grav bolnavă şi trăgea să moară când am rugat-o încă o dată să purtăm o discuţie clarificatoare. Pentru mine era ultima şansă de a mă împăca cu ea. Nu a vrut acest lucru şi a refuzat să poarte o discuţie cu mine. A murit la scurt timp după ce am plecat. Fraţii mei mi-au povestit că mama noastră s-a împotrivit cu înverşunare morţii, găsindu-şi sfârşitul într-o agonie cumplită.

După moartea ei, am făcut cu ajutorul surorilor mele un test genetic, descoperind, astfel, că am un alt tată biologic. În sfârşit, am înţeles! Acest rezultat mi-a adus o mare uşurare, deoarece acum aveam o explicaţie pentru faptul că mă simţisem străină şi în cercul fraţilor mei. Mama mea m-a minţit toată viaţa. Chiar în anul în care a murit, când tocmai împlinisem 44 de ani, mi s-a pus diagnosticul de „artrită reumatoidă" Aşa cum am menţionat deja, această boală autoimună este o boală sistemică extrem de dureroasă, a cărei cauză este încă necunoscută, conform nivelului de cunoaştere al medicinei convenţionale. Ea este considerată ca fiind incurabilă.

Tratamentul artritei reumatoide din punctul de vedere al medianei convenţionale *t* în tratamentul artritei se utilizează cinci grupe diferite de medicamente: analgezicele, antireumaticele nesteroidiene (AINS), care sunt nişte analgezice antiinflamatorii fără cortizon, cortizonul, aşa-numitele medicamente antireumatice modificatoare ale evoluţiei bolii şi aşa-numitele medicamente biologice. Mi s-au prescris toate grupele de medicamente, în funcţie de stadiul bolii. Cu toate acestea, distracţia mea articulară nu a putut fi oprită. Analgezicul Rantudil retard a devenit medicamentul care m-a însoţit timp de zece ani şi de care nu mă puteam dispensa.

La începutul bolii se prescriu de obicei analgezice sau AINS. Niciunul dintre ele nu are nimic de-a face cu vindecarea. Nu fac altceva decât să amorţească durerea provocată de artrită. În plus, AINS opresc inflamaţia. Din păcate, aceste medicamente au o mulţime de efecte secundare. Paracetamolul este responsabil pentru două

treimi dintre toate cazurile de insuficienţă hepatică acută, care sunt cauzate de medicamente.58 Pe lângă medicamentele antireumatice modificatoare ale evoluţiei bolii, menţionate mai jos, mi s-a prescris şi cortizon. Acesta opreşte inflamaţiile, chiar mai mult decât o fac AINS. Bineînţeles, cortizonul acţionează nu doar asupra articulaţiei, ci şi asupra întregului corp, deşi acest lucru nu este necesar. Şi astfel, şi efectele secundare ale cortizonului afectează întregul corp. Printre acestea se numără creşterea tensiunii arteriale şi o senzaţie mai puternică de foame, ce are drept consecinţă creşterea în greutate. Sub administrarea de cortizon am dezvoltat o faţă cu aspect de lună plină, motiv pentru care persoanele ignorante îmi făceau complimente discutabile, spunându-mi că arăt foarte „sănătoasă şi drăgălaşă”. Întrucât cortizonul opreşte inflamaţiile doar pentru că slăbeşte sistemul imunitar al organismului, un organism tratat cu cortizon este, de asemenea, mult mai predispus la infecţii.

Medicamentele biologice sunt medicamente apărute recent, care simt fabricate în laboratoarele de genetică medicală. Spre deosebire de medicamentele antireumatice modificatoare ale evoluţiei bolii, medicamentele biologice influenţează sistemul imunitar într-un mod bine ţintit. De exemplu, aşa-numiţii inhibitori TNF-alfa dezactivează substanţa-mesager cu acelaşi nume, care acţionează ca un mediu de comunicare între celulele imune. Dacă şi acest tratament eşuează sau dacă este asociat cu efecte secundare puternice, se încearcă alte tratamente, efectuând, de exemplu, aşa-numita terapie cu celule B. În cazul acesta, numai anumite celule B ale sistemului imunitar sunt distruse, şi anume acelea care joacă un rol-cheie în apariţia şi în persistenţa artritei. Medicamentele biologice sunt utilizate doar de câţiva ani şi unele dintre ele se află în prezent abia în faza de testare. În ceea ce priveşte efectele pe termen lung nu există nici cea mai mică informaţie. Totuşi, este destul de clar că agresiunea permanentă a medicamentelor asupra mecanismelor

extrem de complexe de reglare şi de comunicare ale organismului au diverse consecinţe. Din cauza efectelor secundare puternice ale terapiei biologice, în mai 2012 am fost supusă unei intervenţii chirurgicale de urgenţă, deoarece medicul internist care mă tratata nu şi-a dat seama că făcusem pneumonie.

M-am vindecat, deoarece am ajuns la mine însămi

Am avut norocul să-l cunosc la momentul potrivit pe Franz Ruppert şi să mă familiarizez cu metoda constelării intenţiei.

Acest lucru s-a întâmplat la Camera de Muncă din Feldkirch, unde, pe 10 aprilie 2013, a ţinut o prelegere care mi-a schimbat viaţa. De atunci lucrez asupra propriei mele persoane în şedinţe individuale şi de grup cu metoda sa, care m-a convins profund. Abia datorită lucrului asupra identităţii cu metoda constelării intenţiei am înţeles treptat dinamica agresor-victimă în care eram blocată. Acesta a fost punctul de cotitură în ceea ce priveşte dezvoltarea personalităţii mele. A fost deosebit de important pentru mine să înţeleg ce este de fapt trauma şi ce mi-a pricinuit ea. Modelul clivajului psihicului uman dezvoltat de Ruppert m-a ajutat să înţeleg ce se ascunde în spatele bolii mele autoimune, care sunt cauzele apariţiei şi persistenţei sale. Datorită concepţiei sale teoretice, am început să înţeleg ce se întâmpla cu mine.

Acum, după mai mult de un an, nu mai am niciun fel de simptome ale bolii. Deşi – şi nu vreau să tăinuiesc acest lucru – drumul nu este uşor. În primii doi ani simptomele fizice ale bolii mele nu s-au ameliorat. Dimpotrivă, am simţit chiar o „agravare iniţială” puternică a simptomelor, mi s-au inflamat multe articulaţii şi am avut dureri puternice. Am fost pe punctul de a dezvolta un handicap grav, cu perspectiva deplasării într-un scaun cu rotile. Nu m-am dat bătută, am rămas cu mine însămi, în ciuda a toate şi în ciuda fricii mele. Nu mai ştiu exact când s-a întâmplat, însă brusc mi-am dat seama că ceva benefic s-a petrecut în corpul meu.

Astăzi este 13 noiembrie 2016. Chiar acum beau cel mai bun cappuccino din lume. Un sentiment revigorant îmi străbate corpul şi aprinde o scânteie în interiorul meu. O atmosferă plăcută se răspândeşte. În cameră şi în interiorul meu. Mă aflu în cofetăria unui hotel balnear. Cu mine însămi ca partener de discuţie. Unde este şi ce înseamnă „acasă” – este un loc, un sentiment? Mă cuprinde un sentiment pe care nu l-am cunoscut niciodată: sentimentul de a fi acasă. Aici şi în interiorul meu. Dintr-odată îmi dau seama că asta este ceea ce aşteptasem atât de mult. Am ajuns la mine însămi. Arhitectura interioară a cofetăriei îmi permite să văd ce se află în exterior. Pereţii mari de sticlă îmi dezvăluie peisajul familiar cu platanii aproape desfrunziţi. În exterior şi în interior totul este la fel. Am cam acelaşi tip de trăiri în raport cu mine însămi, cu corpul meu şi cu lumea mea interioară. Mă simt întreagă. Şi foarte normală. Ce sentiment de fericire!

Lucrul cu metoda constelării intenţiei a devenit pentru mine o chestiune extrem de personală. Astăzi lucrez eu însămi, în mare parte în cabinetul meu terapeutic, cu oameni care suferă de aşa-numitele „boli autoimune”.

Isabella Gerstgrasser are un masterat în psihologie şi lucrează în propriul cabinet de psihologie din Feldkirch/Vorariberg.

www.isabella-gerstgrasser.at

KATE COLLIER

„Cancerul limfatic”.

„Cancerul” şi „terapiile împotriva cancerului”.

Cu 13 ani în urmă mi-a apărut pentru prima dată un tip de cancer al sistemului limfatic, „limfomul non-Hodgkin”. Sistemul meu psihofizic reprimase un nivel de stres atât de înalt, încât ajunsese într-o stare ameninţătoare de viaţă. Timp de un an îl îngrijisem pe soţul meu, care suferea de „cancer”, în timp ce m-am ocupat şi de copiii noştri şi, în plus, am predat cursuri. Soţul meu a murit, iar eu am rămas cu fiii noştri în vârstă

de 14 şi de 10 ani. Fiul meu mai mic, care avea nevoie de îngrijire specială, a fost supus, la 8 săptămâni de la moartea tatălui său, unei operaţii de urgenţă pe inimă.

Ulterior, au urmat trei alte decese în familia mea restrânsă. Apoi, în aceeaşi zi în care am descoperit că am un ganglion mărit, fratele meu a fost diagnosticat cu cancer în stadiu terminal. Medicul meu a presupus că ganglionul meu era benign. Când m-am întors din Statele Unite după moartea fratelui meu, ganglionul meu îşi dublase dimensiunea. Un alt medic a fost şi el convins că era benign. Am insistat să fiu investigată, ceea ce medicul a şi făcut. Ulterior mi s-a spus că am „cancer”. Am fost sceptică cu privire la această veste şi am continuat, atât cât am putut, să-mi îngrijesc copiii şi să muncesc. Aveam puţin timp să mă gândesc la mine.

După ce am făcut radioterapie am crezut că, până la urmă, „cancerul” meu se vindecase. Când a revenit, după trei ani, ajungând la stadiul III, am fost sfătuită urgent să fac 6 luni de chimioterapie. Încă îmi amintesc că mă gândeam că îi voi lăsa orfani pe copiii mei dacă nu accept acest tratament. Nu era vorba despre mine. Într-adevăr, nu aveam pur şi simplu nicio emoţie. Eram într-o stare de încremenire, mă simţeam izolată şi singură. Din cauza faptului că tatăl copiilor mei nu mai era în viaţă, mă simţeam neajutorată şi-mi făceam griji gândindu-mă cum vor primi vestea. Independenţa mea exagerată şi incapacitatea de a-mi recunoaşte şi de a-mi exprima nevoile m-au făcut să mă simt şi mai izolată.

În acea perioadă trăiam şi munceam într-o comunitate pentru persoanele cu nevoi speciale din SUA şi eram departe de casă. Tratamentul meu se baza în principal pe medicamente. Aveam patru cocktailuri chimice colorate în perfuziile de deasupra mea şi simţeam în mine şocul şi respingerea, în timp ce ele curgeau prin venele mele, iar eu sugeam bucăţi de gheaţă, pentru a-mi stopa greaţa. Îmi amintesc că o prietenă mi-a ras părul de pe cap şi a plâns pentru mine, când acesta a căzut pe

podea. Îmi amintesc de baticurile pentru chimioterapie, pe care le purtam pentru a mă proteja de aerul rece al iernii şi-mi amintesc de atingerile reci din timpul unei serii de scanări corporale. Steroizii m-au adus într-o stare în care nu-mi mai simţeam corpul şi mi-am pierdut toată energia atunci când efectele tratamentului s-au înmulţit.

Din fericire, m-am hrănit bine cu alimente biologice şi am beneficiat de sprijinul oamenilor din comunitatea mea. În primul rând aveam o stare de spirit pozitivă, susţinută de o practică spirituală – o altă formă a ritualurilor mele de supravieţuire. Mi-am privit efemeritatea direct în faţă şi m-am simţit bine.

Abia acum, când fac terapie cu metoda constelaţiei identităţii, văd cum întreaga mea viaţă a fost disociată, clivată şi lipsită de substanţă. Cu alte cuvinte, am avut predispoziţia patologică de a face „cancer" Identitatea mea depindea de sentimentele altora, strategia mea de supravieţuire consta în faptul de a-mi reprima propriile sentimente şi de a mă simţi fericită pentru ceilalţi.

Constelările traumei şi identităţii

Când am început să lucrez cu metoda constelării traumei dezvoltată de Franz Ruppert (Ruppert, 2014), aşa cum se numea ea la acea vreme, am început să analizez traumele mele timpurii şi modul în care mecanismele mele de supravieţuire mi-au influenţat boala. Mai precis, aşa-numitul meu „cancer" a fost strategia mea supremă de supravieţuire.

În cadrul „întâlnirii cu sine", proces care a avut loc în urma formulării diferitelor intenţii, a activării memoriei corpului şi a intrării celorlalte persoane în rezonanţă cu cuvintele propoziţiei ce-mi exprimau intenţia, am reuşit pentru prima dată să văd nivelurile traumei mele pe care am suferit-o încă de la începutul vieţii. M-am născut cu icter şi, în cadrul constelaţiilor, am văzut bebeluşul plăpând, traumatizat, care a fost neglijat de personalul spitalului şi care *a* fost aproape să moară. Şi am văzut

părţile supravieţuitoare, care erau separate, izolate şi hipervigilente. Am trăit sentimentul de a fi smulsă de lângă mama mea în acea situaţie de urgenţă. Reprezentantul a văzut o lumină puternică şi o luptă pentru viaţa mea. Eram singură şi lipsită de căldura mamei mele. La acea vreme bebeluşii erau separaţi de mamele lor imediat după naştere şi erau alăptaţi o dată la patru ore. Aşadar, eul meu s-a clivat ca urmare a traumei existenţiale, care, la rândul ei, a declanşat o „traumă de iubire”.

Când analizez o traumă prenatală, constat faptul că, adesea, clienţii au avut parte de un uter „neprietenos”, care nu le-a oferit siguranţă. Când o femeie simte frică şi neîncredere, uterul ei este pentru ea ca un obiect inconsistent şi situat în exteriorul ei. Şi tot aşa se simte şi bebeluşul care creşte în pântecele ei. Prin urmare, am început să mă întreb cum a fost propria mea viaţă în uterul mamei. Intenţia pe care am formulat-o a fost aceea de a afla cum m-am simţit în uterul mamei mele. Am vrut să separ partea mea de cea a mamei, pentru a înţelege situaţia mea complicată.

În uter, a spus o reprezentantă, era frig şi nu exista nicio posibilitate de a stabili o relaţie în plan emoţional. Nu am fost dorită, mama mea era epuizată şi singura modalitate de a menţine legătura cu ea a fost aceea de a mă respinge pe mine însămi şi de a renunţa la mine. Reprezentanta cuvântului VREAU se simţea în pericol. Am văzut cum am renunţat la mine, pentru a mă ataşa de mama mea. Am înţeles tot ceea ce simţeam în legătură cu mine. Şi anume, sentimentul de a nu avea un loc real în lume, de a nu fi dorită de ceilalţi şi de a fi nevoită să-mi cer scuze că mă aflu aici. Am simţit o mare ruşine pentru propria mea existenţă, amplificată fiind şi mai mult de faptul că mă aflam la capătul ierarhiei dintre fraţi. Am compensat neliniştea interioară şi anxietatea printr-o pretinsă încredere în sine manifestată în exterior şi printr-un zâmbet afişat permanent pe faţa mea.

Aşadar, am supravieţuit datorită faptului că mi-am

însuşit identitatea mamei mele, percepând, în felul acesta, sentimentele părinţilor şi fraţilor mei în detrimentul propriilor mele sentimente şi, aşa cum a explicat un reprezentant, m-am simţit vie datorită faptului că am devenit propriul meu agresor, în felul acesta mi-am pierdut identitatea într-o familie în care sentimentele adevărate şi sincere au fost mascate de o „ideologie a supravieţuirii care pleda în favoarea fericirii şi distracţiei” Predispoziţia patologică de a face „cancer” a fost creată încă de la început prin intermediul strategiilor mele de supravieţuire: reprimarea propriilor mele sentimente şi nevoi şi luarea în considerare şi preocuparea permanentă pentru sentimentele celorlalţi. Focalizarea automată asupra nevoilor emoţionale ale celorlalţi în timp ce propriile nevoi sunt ignorate reprezintă, potrivit lui Gabor Maté (2003), un factor principal pentru dezvoltarea unei „boli cronice”.

Prin intermediul durerii şi a tristeţii resimţite în timpul acestor procese, am avut parte de o conştientizare corporală mai intensă, de o „încălzire” a corpului meu şi de o „dezgheţare” a sentimentelor mele. Am început să fiu interesată de modul în care intervenţiile medicale efectuate la vârsta adultă activează cele mai timpurii traume şi strategii de supravieţuire şi am înţeles faptul că a fi în convalescenţă înseamnă a vedea, a simţi, a percepe şi a ajunge la o reintegrare a sinelui nostru.

Traumatizări provocate de sistemul medical

De asemenea, observ o legătură între modul în care, în calitate de adulţi, ne pierdem identitatea în cadrul sistemului medical şi cele mai timpurii experienţe ale traumei noastre de identitate, pe care le trăim în timpul naşterii şi în relaţia noastră de ataşament cu mama şi cu tata. Când suntem spitalizaţi, primim un număr şi suntem etichetaţi drept „pacienţi”. Când ne naştem la spital primim, de asemenea, un număr şi suntem consideraţi „bebeluşi” Pierdem ceva din ceea ce suntem încă de la începutul vieţii. Când suntem diagnosticaţi cu o „boală”, suntem înzestraţi cu identitatea „bolii”.

Am reacţionat cu nervozitate la termenul de „pacient bolnav de cancer”. În plan interior am respins această atribuire. Pe de o parte, acesta a fost un lucru sănătos, iar pe de altă parte, a fost modul meu de a supravieţui, nedorind să fiu o victimă şi să mă simt vulnerabilă. Însă am fost o victimă, iar medicul a reprezentat autoritatea – de fapt am fost dependentă de faptul că el mă ţinea în viaţă. Dinamica inconştientă agresor-victimă pe care am experimentat-o în relaţia cu medicul care m-a tratat şi care a fost, ce-i drept, prietenos şi bine intenţionat nu a fost diferită de cea pe care am trăit-o în relaţia cu tatăl meu, care a fost autoritar, deşi la fel de binevoitor, şi care şi-a luat în serios rolul în ceea ce priveşte inculcarea conştiinţei morale şi a responsabilităţii. Răceala şi atitudinea distantă a personalului medical poate declanşa o traumă timpurie de ataşament. Acest lucru seamănă cu dinamica părinte-copil şi cu teama de a fi exclus dacă nu accepţi normele familiale.

Am clienţi care au receptat procedurile medicale ca pe o vătămare corporală sau ca pe un viol. Ei au fost examinaţi de studenţi sau de personalul medical fiind puşi în posturi corporale intime, au fost expuşi privirii lor distante şi au fost atinşi cu instrumentele lor chirurgicale reci. Indiferent dacă clientul este conştient sau anesteziat, amintirea se ancorează în corpul său. Probabil că suntem traumatizaţi şi de intervenţiile medicale, deoarece purtăm în noi traumele nerezolvate provocate de tratamentele medicale anterioare. În cazul meu, eu am ajuns în aceeaşi secţie de oncologie în care fusesem împreună cu soţul meu pentru tratamentul său. Trauma de iubire şi trauma mea de identitate s-au declanşat din nou în urma intervenţiilor medicale, iar strategia mea de supravieţuire a reacţionat în acelaşi mod în care a făcut-o întotdeauna.

Am înţeles mai bine cine sunt *t*

Convalescenţa şi vindecarea m-au determinat să înţeleg cu adevărat trauma iniţială şi s-o iau în serios. Încă mulţi ani după efectuarea „tratamentului meu pentru

cancer” am simţit frică, panică şi anxietate. Nu doar pentru faptul că boala ar putea reveni, ci şi pentru faptul că aş putea muri într-un alt mod – deci, practic, îmi era frică să trăiesc. Când am intrat în contact cu sentimentele mele iniţiale de durere, furie, tristeţe şi ruşine, şi când am văzut ce era şi ce nu era trauma mea, partea sănătoasă din mine s-a simţit mai limpede şi mai puternică. Am simţit mai multă compasiune faţă de mine însămi şi o legătură mai puternică cu propria mea persoană. Într-o zi, m-am trezit şi mi-am dat seama că teama mea cu privire la faptul că „cancerul” meu ar putea reveni dispăruse şi că anxietatea mea de „boală” nu mă mai influenţa. În schimb, am mai multă înţelegere şi o percepţie autentică cu privire la cine sunt eu. Metoda constelării intenţiei m-a ajutat să mă recuperez după „bolile” de care am suferit şi după intervenţiile medicale prin care am trecut. Ea m-a ajutat să mă întâlnesc cu adevărat pentru prima dată cu mine însămi.

Bibliografie

Mate, G. (2003): When *the Body Says No*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Ruppert, F. (ed.) (2014): *Frühes Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta

Kate Collier este psiholog clinician într-un centra medical şi consilier-psiholog calificat, ce are propriul cabinet particular în Cheltenham, Anglia. Ea colaborează în plan ştiinţific cu Franz Ruppert şi cu Vivian Broughton.

www.katecollier.net

NADJA PALOMBO

Tulburările de somn şi J trauma psihică

Funcţiile somnului /

Somnul este un fenomen natural şi necesar pentru viaţă. Somnul nu este o stare pasivă, ci se desfăşoară în cicluri ritmice la nivelul creierului. Un om petrece cca. 3.000 de ore pe an şi aproximativ o treime din viaţă dormind. La adulţi, nevoia de somn este individuală şi diferă foarte mult; ea variază între patru şi nouă ore, în

medie ea este de şase până la şapte ore. Pe termen lung, somnul care durează mai puţin de patru ore sau este mai lung de nouă ore este corelat cu un risc crescut de a dezvolta, de exemplu, boli de inimă sau diabet zaharat, cu scăderea performanţei sau lipsa de concentrare, cu depresia, cu slăbirea sistemului imunitar şi cu o predispoziţie crescută de a face infecţii (Pape, Kurtz şi Silbemagl, 2014).

În timpul somnului scad valorile specifice pentru temperatura corporală, pentru cantitatea de energie necesară că să menţinem funcţiile vitale ale organismului, pentru frecvenţa cardiacă şi pentru frecvenţa respiratorie. În prezent, se presupune că etapele somnului sunt importante nu doar pentru relaxarea organismului, ci şi pentru procesele de învăţare şi de memorare. Somnul activează sistemul imunitar şi contribuie la reglarea metabolismului. Inactivitatea din timpul somnului creează condiţii optime pentru realizarea proceselor de regenerare celulară. O regenerare celulară insuficientă favorizează uzura şi îmbătrânirea timpurie.59

Ciclurile individuale de somn pot fi cercetate în laboratorul de studii asupra somnului. Sunt măsurate în detaliu activitatea cerebrală, tensiunea musculară, mişcările oculare, frecvenţa cardiacă şi frecvenţa respiratorie, precum şi mişcările corporale. În total se disting cinci etape ale somnului: etapele 1 – 4 corespund somnului non – REM, în timp ce etapa a 5-a corespunde somnului REM (*Rapid Eye Movement* – mişcarea rapidă a ochilor).

Adormirea şi somnul uşor (etapele 1 – 2) ocupă 55 – 60% din timpul total de somn. Etapele 3 şi 4 sunt considerate etapele somnului profund (15 – 20%). Etapa a 5-a, etapa REM, cunoscută şi sub numele de somn activ, este caracterizată de vise intense şi de creşterea activităţii cardiace, a activităţii respiratorii şi a circulaţiei cerebrale. La oamenii sănătoşi, somnul începe cu un somn superficial (etapele 1 – 2), care este urmat de etapa somnului profund

(etapele 3 – 4) şi de somnul REM. De regulă, în fiecare noapte corpul parcurge patru până la şase asemenea cicluri de somn.

Atunci când oamenii sunt treziţi din somnul REM, 80% dintre ei spun că au visat. În timpul somnului REM creierul nostru declanşează o relaxare extremă a musculaturii scheletice, fără de care nu am putea realiza cu adevărat toate mişcările pe care le visăm. De aceea, în unele coşmaruri apare senzaţia că vrem să fugim, dar că nu ne putem urni din loc. Din acest motiv, somnambulismul nu apare în timpul somnului REM, ci în etapele somnului profund.

În timp ce somnul profund este considerat a fi responsabil în mare măsură pentru regenerarea fizică, se pare că somnul REM este necesar pentru refacerea psihică. În concluzie, se poate afirma că somnul odihnitor se caracterizează prin trecerea progresivă prin cele cinci etape de somn. Episoadele scurte de trezire pot constitui însă un lucru absolut natural.

Tulburările de somn

Tulburările de somn pot fi diferenţiate atât în funcţie de simptomele lor, cât şi în funcţie de cauzele lor. Din punct de vedere simptomatic, în linii mari se pot distinge patru forme ale tulburărilor de somn, respectiv, ale tulburărilor de ritm circadian.60

Tipul tulburării	Simptome
Tulburări de adormire şi/sau de menţinere a somnului (aşa-numita insomnie)	Dificultăţi de adormire; treziri f în timpul nopţii; dificultăţi de rea trezire extrem de matinală; senzaţia a dormit suficient de profund; somn nec şi insuficient.
Tulburări de somn prin somnolenţă excesivă (aşa-numita hipersomnie)	Dificultăţi în a rămâne treaz î zilei; adormire sau aţipire involun timpul zilei; somnolenţă permanentă unei cantităţi suficiente de somn.

Tulburări ale ciclului veghe-somn	Dificultăţi în a dormi la o oră „n în schimb, persoanele afectate r culcare mult mai devreme sau mai târ de obicei nu au probleme cu somnul pot fi declanşate, printre altele, de n ture, de medicamente sau de ab substanţe).
Perturbări/ anomalii/ întreruperi care apar în timpul somnului (aşa-numita parasomnie)	Anomalii ale somnului, de exemplu, somnambulismul, tulburări de respiraţie în timpul somnului (apneea de somn), coşmarurile, gemetele nocturne, sindromul picioarelor neliniştite, tulburările de alimentaţie induse de somn, enurezisul nocturn sau vorbitul în timpul somnului, scrâşnitul din dinţi în timpul somnului.

Tulburările de somn apar mai frecvent în situaţiile de stres (când persoana nu se poate deconecta de problemele cotidiene) sau din cauza obiceiurilor de somn nepotrivite. Cauzele tulburărilor de somn pot fi, de exemplu, durerile cronice, bolile hormonale, tulburările gastrointestinale, scleroza multiplă etc. Adesea, tulburările de somn apar ca efect secundar al consumului de medicamente. Dintre acestea fac parte, de exemplu, antibioticele, unele antidepresive, medicamentele antihipertensive, medicamentele pentru tratarea astmului, cortizonul, hormonii tiroidieni, medicamentele pentru demenţă, antihistaminicele (folosite pentru tratarea alergiilor) şi chimioterapiile. Tulburările de somn pot fi cauzate, de asemenea, de consumul de droguri, de exemplu, de alcool, cofeină, nicotină, canabis, heroină, cocaină şi ecstasy.

Pacienţii cu tulburări de somn acuză cel mai adesea dificultăţi de adormire, iar alţii se plâng de dificultăţi în menţinerea somnului şi de trezirea extrem de matinală.

Adesea apare o combinaţie între mai multe tulburări de somn. În ţările industrializate, aproximativ 15% din populaţie suferă de tulburări cronice ale somnului. Alte 20% acuză dificultăţi ocazionale de adormire sau de rămânere în starea de veghe. În anumite grupe de populaţie procentul poate fi semnificativ mai mare (de exemplu, în cazul persoanelor care lucrează în ture, care suferă de tulburări de somn în proporţie de peste 50%). Astfel, pe lângă durerile de cap şi durerile de spate, tulburările de somn se numără printre cele mai frecvente boli psihosomatice. În cazul persoanelor cu vârsta de peste 65 de ani, chiar şi 40% dintre ele acuză lipsa unui somn suficient, respectiv au probleme cu somnul. Până la vârsta de 40 de ani, femeile sunt afectate în aceeaşi măsură ca şi bărbaţii. Ulterior, proporţia femeilor afectate creşte faţă de cea a bărbaţilor, ajungând la 3: 2.

Tulburările acute de somn dispar adesea atunci când cauza (de exemplu, stresul acut din viaţa profesională) nu mai este prezentă. Totuşi, nu rareori se întâmplă ca, după câteva săptămâni de la apariţia unei tulburări de somn, aceasta să devină „independentă”. În cazul acesta, cauzele care o declanşează nu mai au nicio importanţă, iar tulburarea de somn devine cronică. Pentru două treimi dintre pacienţii cu tulburări de somn grave acest lucru s-a întâmplat deja în urmă cu 1 – 5 ani, în timp ce 40% dintre persoanele afectate suferă de o tulburare de somn cronică deja de peste cinci ani. La pacienţii cu tulburări de somn din clinidle ambulatorii de somnologie durata tulburării este, în medie, de 12 până la 14 ani.

Sedarea copiilor – o tendinţă îngrijorătoare

Aici ar trebui să atragem atenţia asupra unei tendinţe periculoase: părinţii îşi sedează copiii cu somnifere. Copiii mici dorm rareori fără întrerupere, uneori plâng şi ţipă toată noaptea. Atunci, părinţii îşi doresc să poată dormi fără să se trezească. Ei devin lipsiţi de putere, epuizaţi şi agresivi. În trecut, unii părinţi înmuiau suzeta în bere sau vin, pentru a-l calma pe copil,

în ziua de azi, părinţii suprasolicitaţi apelează la somniferele aparent inofensive, pentru a-şi calma copiii neliniştiţi. Părinţii caută sfaturi şi înţelegere în forumurile de pe paginile de internet. Un somnifer utilizat frecvent este „siropul pentru dormit” Sedaplus, care se eliberează în farmacii fără prescripţie medicală. Substanţa sa activă, doxilamina, a fost utilizată în fabricarea antihistaminicelor de primă generaţie şi are, ca efect secundar, un rol sedativ. Efectul sedativ este prezent şi în preparatele pentru tuse şi răceală sau în cele care combat greaţa. Ele sunt permise, în doze slabe, şi pentru calmarea copiilor mici. „Întrucât efectul lor sedativ este bine cunoscut, se poate presupune că aceste produse (…) sunt folosite, de asemenea, pentru calmarea, respectiv pentru sedarea copiilor”. 61

Somniferele perturbă ritmul natural al somnului: copiii dorm prea adânc, etapele nocturne ale visării şi ale învăţării sunt întrerupte, iar respiraţia este prea superficială. Acest lucru poate duce la vătămarea organelor şi la oprirea respiraţiei. Întrucât aceste „remedii pentru somn” pot fi cumpărate la liber, nu există cifre şi statistici în privinţa lor. Părinţii care merg la medicii pediatri cu copii care au primit supradoze de somnifere adesea se ruşinează să recunoască acest lucru. Estimările sugerează că cel puţin doi din zece copii primesc substanţe cu efect somnifer. Numărul cazurilor nedeclarate ar putea fi mult mai mare.

Trauma psihică drept cauză a tulburărilor de somn

Mulţi oameni care au trecut printr-o traumă psihică suferă şi de tulburări de somn, cum ar fi coşmarurile sau dificultăţile de adormire şi de menţinere a somnului.

În copilărie, Egon a fost unul dintre germanii care au fost expulzaţi din Prusia Răsăriteană. El suferă şi astăzi de coşmaruri şi a făcut psihoterapie timp de mai mulţi ani. El spune: „Mă trezeam adesea din cauza propriilor mele strigăte. Nu mai puteam vorbi cu oamenii din jurul meu. Şi, când vorbeam, nu-mi ajuta la nimic. Este un cerc vicios: nu pot dormi, nu mă pot odihni, sunt epuizat, m-am

îmbolnăvit, sistemul meu imunitar devine tot mai slăbit. Pastilele nu mă ajută”.

Oamenii traumatizaţi se străduiesc să refuleze experienţa traumatică. Ei încearcă să cliveze toate sentimentele care au de-a face cu trauma. Acest mecanism trebuie continuat şi în timpul somnului. Acesta este un paradox, deoarece etapele somnului ne simt de fapt necesare pentru a dezactiva mecanismele noastre de control. Oamenii care suferă de tulburări de somn au probleme deja în primele două etape ale somnului. Ei nu se pot deconecta, deoarece le este frică să nu piardă controlul. Prin urmare, în etapa somnului uşor – care reprezintă totuşi 50% din timpul dedicat somnului – ei continuă să aibă gânduri şi sentimente stresante.

Studiu de caz: Heike

Heike povesteşte că, de câţiva ani, are coşmaruri de mai multe ori pe săptămână. În visele ei tremură, îi este frică, nu se poate apăra şi este înţepenită. Când se trezeşte din aceste coşmaruri, are un sentiment profund de disperare. Încearcă să strige în vis, lucru pe care nu l-a reuşit ani de zile. Acest lucru s-a schimbat abia după ce a început să dea o atenţie mai mare coşmarurilor ei. Strigătul, care ani de zile a fost tăcut, a devenit sonor – o parte a ei s-a putut exprima acum printr-un NUUU! puternic şi îndelung, fiind auzit nu doar în interior, ci şi în exterior.

Într-una dintre primele ei constelaţii Heike a povestit că, în copilărie, adormea singură aproape în fiecare seară, stând în faţa televizorului până noaptea târziu. Îşi aminteşte că adormea în faţa televizorului şi că după un timp era trezită de scenele din filmele de groază. Intenţia pe care a formulat-o a fost următoarea: „Ce traumă se manifestă în coşmarurile mele?”

O reprezentantă care a participat la constelaţia ei a spus că groaza pe care a simţit-o când a vizionat filmele este inofensivă în comparaţie cu groaza pe care a trăit-o ea. Ulterior a devenit limpede faptul că nu era vorba

despre un singur eveniment traumatic, ci despre un pericol permanent, care pentru Heike a însemnat o mare suferinţă. Potrivit informaţiilor ulterioare a fost vorba despre o violenţă pe care a trebuit s-o suporte, iar Heike a fost singură în acele situaţii, fără ajutorul mamei sale sau al vreunei alte persoane. Aşadar, nu era vorba, aşa cum presupunea Heike, despre acel unic eveniment care apărea, în mod regulat, în coşmarurile sale. Coşmarurile ei erau simptomul prin care se manifesta experienţa ei din copilărie de a fi fost permanent singură şi într-un mare pericol. După realizarea constelaţiei, strigătele din coşmarurile ei au devenit mai rare şi mai puţin sonore. În plus, a perceput coşmarurile ca fiind mai puţin ameninţătoare.

Lui Heike i-a fost întotdeauna foarte frică să meargă la culcare. Se uită sub pat în mod regulat şi doarme şi astăzi cu lampa de pe noptieră aprinsă. În următoarele constelaţii, ea a formulat şi alte intenţii cu următorul conţinut: „Ce mi s-a întâmplat în copilărie?”, „Ce întâmplări violente am văzut şi am trăit eu însămi?”, „Ce lucru concret mi s-a întâmplat, care îmi inspiră teamă?”

Ceea ce a aflat în timpul constelaţiilor ulterioare a fost faptul că au existat tentative de avort din partea mamei sale, precum şi o tentativă de suicid a mamei ei, pe vremea când era însărcinată cu Heike. În timpul constelaţiilor, Heike a simţit clar că nu era protejată. Acest lucru i-a provocat o mare frică de a renunţa la control în timpul somnului. Heike şi-a amintit apoi şi faptul că adesea se trezea în mijlocul nopţii din somnul ei profund, din cauza urletelor şi a bătăilor tatălui ei violent. În copilărie se scula uneori la ora 5 dimineaţa, pentru a se bucura de linişte şi de pace. De obicei, la această oră era linişte în familie, iar părinţii dormeau. Însă uneori această linişte era înşelătoare, căci, după o „scurtă încetare a rafalelor”, teroarea provocată de tatăl ei începea din nou. Când a povestit despre acest lucru, a plâns şi a durat mult până când a reuşit să se liniştească. „Aceste zile erau deosebit

de dificile, întrucât tata ne lăsa câteva ore în pace, pentru a ne recupera după momentele de teroare. Apoi continua pur şi simplu cu bătaia”.

Heike a povestit că are sentimentul că ar putea dormi oarecum bine dacă ar dormi în cameră cu cineva în care ar avea încredere. Atunci ar avea sentimentul că ar putea renunţa la ideea de a avea totul sub control. Fostul ei partener fusese o asemenea persoană pentru ea. El i-a confirmat şi faptul că la scurt timp după ce adormea tremura, întregul ei corp era tensionat, iar ea scâncea încet.

O altă intenţie a lui Heike a fost următoarea: „Vreau să simt de ce îmi este frică”. Reprezentantul sintagmei DE CE a întruchipat în timpul constelaţiei agresivitatea tatălui. Cuvântul FRICĂ a stabilit legătura cu mama ei. Reprezentanta cuvântului FRICĂ a spus: „Nu e chiar atât de grav!” Heike a auzit această propoziţie în repetate rânduri din partea mamei sale, care încerca să o calmeze. În relaţia cu mama ei, Heike a intrat în contact atât cu sentimentele traumatice ale acesteia – mai exact cu violenţa de care avusese parte mama ei –, cât şi cu strategia ei de supravieţuire, aceea de a bagateliza ceea ce trăise. În timpul constelaţiei Heike a avut o experienţă fizică importantă pentru ea: „Tensiunea apare ca urmare a unei ameninţări, relaxarea apare atunci când ai o relaţie pozitivă”.

În timpul discuţiei ulterioare acestei constelaţii, Heike a conştientizat faptul că există în interiorul ei o parte care preferă să aibă orice formă de contact cu mama ei decât să simtă goliciunea interioară şi singurătatea. Relaţia dintre Heike şi mama ei continuă şi azi, ambele având sentimentul că sunt abandonate şi că sunt nişte victime. *9 9*

Pentru Heike, insomnia este consecinţa violenţei şi a neglijării. În copilărie, ea a fost expusă, fără putinţa de a se apăra, violenţei permanente a tatălui ei. De aceea, faptul de a rămâne trează este pentru Heike o încercare de

a evita să mai fie expusă atacurilor amenințătoare. Deşi ştie că pericolul real a trecut, mecanismul său de apărare continuă să fie activ. Cel de-al doilea lucru pe care l-a trăit Heike a fost neglijarea, care a fost asociată cu sentimentul de singurătate. Mama sa nu a putut decât să bagatelizeze violența tatălui lui Heike, întrucât şi ea era expusă acesteia, fără putința de a se apăra. În felul acesta, Heike a rămas singură cu groaza pe care a trăit-o şi a fost nevoită să cliveze toate sentimentele care îi provocau teamă.

Somnul rămâne pentru Heike indicatorul care îi arată cât de mult poate accepta şi suporta sentimentele traumatice. Pe de altă parte, atunci când în viața ei există noi surescitări, apar imediat noi dificultăți de adormire şi de menținere a somnului. Suferința ei s-a diminuat mult, calitatea somnului ei s-a îmbunătățit şi astfel Heike continuă să lucreze pentru a-şi înțelege propriile traume şi pentru a le integra în viața ei, intrând astfel, într-o mai bună rezonanță cu puterile autovindecătoare din interiorul ei.

Concluzii

Pornind de la exemplul lui Heike, putem formula următoarele concluzii. Tulburările de somn sunt adesea consecința îngrijirii parentale insuficiente, neglijării afective, ostilității manifestate față de copil, abuzurilor sexuale, care au avut loc în timpul nopții.

În timpul somnului, trauma reapare adesea sub forma coşmarurilor. În multe cazuri, insomnia poate fi considerată un mecanism de supraviețuire al psihicului, prin care persoana rămâne trează, deoarece agresorii veneau noaptea.

Din experiența mea, în multe cazuri tulburările de somn sunt mai mult decât un simptom izolat. Ele au o istorie şi cauze care adesea au apărut încă din cea mai fragedă copilărie. Merită să le analizăm temeinic, încercând să stabilim o legătură între simptom şi cauză. Atunci, şi amintirile, sentimentele şi percepțiile reintră în

contact şi în armonie în interiorul nostru. Ceea ce avem nevoie este să stabilim nişte relaţii vindecătoare.

Egon, a cărui poveste am menţionat-o deja, a exprimat acest lucru în felul următor: „Ceea ce mă ajută să merg mai departe sunt oamenii care îmi iau sentimentele în serios şi o perspectivă pentru care merită să continui să trăiesc. Nu am nevoie nici de teorii, nici de medicamente, ci de oameni care cred în mine, care simt împreună cu mine şi care mă încurajează”.

Bibliografie

Pape, H.-C., Kurtz, A. & Silbemagl, S. (2014): *Physiologie*. Stuttgart: Thieme

Nadja Palombo, n. 1965, lucrează, din anul 2003, în propriul cabinet particular de la Institutul German pentru Logoterapie şi Analiză Existenţială din Fürstenfeldbruck. Este medic naturist cu competenţe în psihoterapie, pedagog social şi supervizor. A urmat cursuri de formare profesională în logoterapie şi analiză existenţială, în terapia sistemică şi în terapia traumei (cu Franz Ruppert).

www.nadja-palombo.de

BETTINA SCHMALNAUER

Bolile copilăriei, părinţii şi trauma

Copii aflaţi în suferinţă

Bebeluşii care sunt aduşi la cabinetul meu sunt adesea nişte sugari plângăcioşi. Ei au probleme digestive, tulburări de somn sau erupţii cutanate. Copiii mici au adesea dificultăţi în a relaţiona cu ceilalţi copii, suferă de anxietate, enurezis, encoprezis, boli infecţioase sau fac frecvent febră mare. Copiii şcolari sunt afectaţi nu doar de frica de şcoală şi de examene, ci şi de fenomenul *bullying*, au coşmaruri, suferă de bruxism, au adesea dureri abdominale, dureri de urechi sau de cap, tuse sau alergii puternice.

Recunoaşterea şi descoperirea cauzelor acestor mesaje pe care mi le transmit copiii reprezintă fundamentul activităţii mele profesionale. Un copil sau un bebeluş încă nu este capabil să-şi exprime verbal starea sa

de sănătate. Dacă tratamentul medical convenţional nu duce la vindecarea mult sperată, mulţi părinţi îngrijoraţi se îndreaptă în prezent şi către alte metode. Cu bebeluşii şi cu copiii mici lucrez folosind metoda holistică Body Talk Sy sterne, în timp cu copiii cu vârsta de peste 12 ani obţin rezultate bune lucrând cu metoda constelării intenţiei în cadrul şedinţelor individuale. În funcţie de nivelul de maturitate *9 9 9*

al fiecăruia, adolescenţii cu vârsta de peste 16 ani pot lucra deja în grup cu metoda constelării intenţiei. Cele mai bune rezultate pot fi obţinute atunci când părinţii sunt dispuşi să-şi analizeze problemele din propria lor copilărie.

Din fericire, în prezent, suferinţa bebeluşilor care ţipă, nu dorm sau nu vor să bea este de obicei luată în serios. Majoritatea mamelor şi taţilor nu vor să-şi mai călească copiii, lăsându-i să ţipe. Înaintea unei şedinţe, întrebările mele adresate mamelor se referă în primul rând la modul în care a decurs sarcina şi la experienţele petrecute la naştere – atât cele ale mamei, cât şi cele ale copilului. Este întotdeauna fascinant să vezi cât de clar şi precis îmi „povestesc" bebeluşii experienţele lor prin intermediul a tot ceea ce au la dispoziţie: mimică, gesturi, limbajul corporal şi plânsetul lor. Astfel, ei povestesc despre angoasa lor de moarte pe care au avut-o în timpul sarcinii sau în timpul procesului naşterii, de exemplu, atunci când naşterea nu a decurs bine, când au intrat în stare de stres şi de şoc din cauza inducerii artificiale a travaliului sau când au rămas blocaţi în canalul naşterii ori au trebuit să supravieţuiască unei operaţii de cezariană.

Copiii de grădiniţă şi părinţii lor

Copiii aflaţi la vârsta grădiniţei simt intuitiv şi foarte exact starea în care se află părinţii lor şi exprimă acest lucru foarte clar, în mod inconştient. Mai ales atunci când părinţii şi-au clivat sentimentele şi amintirile. Când părinţii vin împreună cu copiii, consider că este sarcina mea să vorbesc în numele copiilor şi să traduc ceea ce vor ei să exprime. Pentru ei este adesea singura modalitate de a

atrage atenţia mamei asupra lor.

Laura are patru ani. Ea a suferit în repetate rânduri de boli infecţioase şi a avut frecvent febră, răceli, infecţii ale urechilor şi, mai ales, tuse iritativă puternică şi persistentă. Adesea vine noaptea în „patul mămicii”, deoarece are dificultăţi de adormire şi de menţinere a somnului. Mama ei, Sabine, vine împreună cu ea la cabinetul meu. O întreb ce probleme are fiica ei. Ea mi le explică, în timp ce fetiţa aşteaptă pe canapea. Mama vorbeşte apoi încontinuu şi în detaliu despre soacra ei. Îmi permit să-i atrag atenţia asupra acestui lucru. Mă priveşte speriată – nici nu şi-a dat seama că a făcut acest lucru. Discutăm în continuare despre Sabine, despre Laura, despre David, fratele ei mai mare cu trei ani şi, de asemenea, despre tatăl Gerhard. Laura se simte mai bine cu tuşea şi cu infecţiile. Întrucât Sabine şi Gerhard sunt dispuşi să lucreze cu metoda constelării intenţiei, ei îşi dezvăluie biografiile lor traumatice.

Părinţii lui Gerhard sunt amândoi alcoolici, iar sora lui merge adesea într-o clinică de psihiatrie. În copilărie, Gerhard a fost deseori lăsat singur, a fost nevoit să asiste la certurile dintre părinţii săi şi, de aceea, s-a retras în carapacea lui. Pare a fi foarte introvertit, iar limbajul său corporal indică faptul că a suferit multe bătăi. Din nefericire, el se refugiază, de asemenea, în alcool. Mai ales în perioada în care a fost însărcinată cu David, Sabine l-a căutat adesea nopţi întregi. Nu ştia niciodată în ce stare îl va găsi. Acasă, Gerhard ţipă deseori la copii, care se tem deja de el. Întrucât şi pentru el este importantă starea de bine a copiilor săi, este de acord să analizeze toate aceste probleme.

În cazul lui Sabine aflăm, prin metoda constelării intenţiei, că în copilărie a avut de suferit din cauza unei mame neputincioase şi a unui tată tăcut. Conflictele dintre părinţi nu au fost manifestate, însă tensiunea plutea mereu în aer. La pubertate, tatăl ei o insulta, făcând-o „incapabilă” şi „proastă” atunci când era vorba de

chestiuni şcolare. Toate acestea au mers atât de departe încât Sabine a avut încă din adolescenţă gânduri suicidare şi a dezvoltat o „bulimie”. În timpul vacanţelor petrecute la bunici, ea a fost nevoită să aibă chiar experienţe de violenţă sexuală pricinuite de către un unchi. Pe parcursul a trei ani, Sabine a reuşit să analizeze toate acestea în cadrul unor şedinţe individuale şi de grup. Ca urmare a acestui lucru, ea s-a simţit mult mai bine.

Copiii lui Gerhard şi ai lui Sabine sunt acum bine dezvoltaţi şi sănătoşi din punct de vedere fizic.

Enurezisul la copiii şcolari

La cabinetul meu vin de obicei părinţi care se străduiesc într-un mod sincer şi credibil să fie părinţi buni. Uneori, ei doresc să facă „totul pentru copil”, chiar mai bine decât au făcut-o odinioară propriii lor părinţi. Adesea este vorba despre familii în care de fapt totul ar trebui să fie în regulă. Adeseori părinţii au muncit mult pentru ca familia să aibă o situaţie bună din punct de vedere material. Însă aspecte precum timpul acordat relaţiilor şi apropierea emoţională au fost neglijate, în cazul acesta, pentru părinţi există posibilitatea de a-şi analiza mai îndeaproape propria copilărie. „Cum te-ai simţit tu la vârsta pe care o are acum copilul tău?” Când pun părinţilor această întrebare, adesea aflu că ei au avut parte de evenimente traumatice.

Enurezisul la copiii şcolari este o problemă larg răspândită şi tabuizată, care, din punct de vedere statistic, îi afectează mai mult pe băieţi decât pe fete. La mine vin şi copii care suferă de encoprezis. În cazul acesta, ruşinea este şi mai mare, ezitarea în a cere ajutor este şi mai semnificativă. Nu doar părinţii se ruşinează, ci şi copiii se jenează în faţa părinţilor lor. Am observat adesea următorul lucru: în timpul zilei copiii se forţează să se stăpânească, iar noaptea eliberează presiunea şi organele genitale „plâng” Când lucrez cu aceşti copii, mă străduiesc să mă pun pe aceeaşi treaptă cu ei, să le câştig încrederea şi să le semnalizez intenţia mea sinceră de a-i ajuta. În

special tema legată de enurezis şi de encoprezis necesită mult tact. Adesea nici nu-mi permit să discut în mod direct despre „asta”.

Ilona vine împreună cu fiul ei, Florian, deoarece acesta este „foarte neliniştit şi agitat”, mai ales din cauza „problemei sale nocturne” El urinează în pat aproape în fiecare noapte. Când Ilona formulează intenţia „De ce sunt o persoană anxioasă şi negativistă?”, ultimele cuvinte ale propoziţiei ei îi amintesc de un avort spontan. Deşi acesta s-a petrecut cu multă vreme în urmă, Ilona izbucneşte imediat în lacrimi. Multe lacrimi neplânse şi multe lucruri nerostite la acea vreme ies acum la iveală. După acest proces, ea este vizibil uşurată şi pare mai plină de viaţă şi „mai prezentă”.

Fritz, tatăl lui Florian, este un bărbat înalt, chipeş și plin de succes în plan profesional. El formulează următoarea intenţie: „De ce sunt neliniştit în plan interior şi mă supun constrângerilor sociale?” În constelaţia sa iese la iveală dogma impusă de mama sa, potrivit căreia totul trebuie să arate bine în exterior. Procesarea intenţiei sale îl eliberează de presiunea sa interioară şi îl face să se simtă în mod vizibil mai uşurat.

„Florian poate acum să se relaxeze, să se elibereze de constrângeri, lucru care până acum a fost dificil pentru el. El pare să fie acum detaşat şi eliberat. Vedem o ameliorare clară”, îmi scrie tatăl mai târziu.

Părinţi absenţi, prieteni lipsă

Leonie are acum doisprezece ani şi vine la cabinetul meu împreună cu mama sa, Sandra, încă de când era în clasa întâi. Amândouă îşi fac griji din cauza şcolii. Prietena ei cea mai bună, pe care o cunoaşte încă din clasele primare, urzeşte mereu intrigi împotriva ei, o face pe Leonie răspunzătoare de greşelile ei şi îşi atribuie succesele şi ideile acesteia, spunând că sunt ale ei. În clasă, Leonie este mereu marginalizată şi abia dacă este invitată la petreceri. În cadrul şedinţei individuale le explic mamei şi fiicei metoda constelării intenţiei. Leonie se lasă

repede convinsă şi este dispusă să lucreze. Sandra încă nu are curajul să lucreze cu ea însăşi.

Intenţia lui Leonie, şi anume „Vreau să am curajul să spun anumite lucruri fără să-mi pese ce cred ceilalţi despre mine”, scoate la iveală următoarele lucruri: din cauza faptului că părinţii erau ocupaţi cu administrarea pensiunii lor, în copilărie Leonie a fost lăsată deseori singură. Mama şi tata munceau mult şi, deşi apartamentul se afla la primul etaj al pensiunii, Leonie trebuia să meargă adesea singură la culcare, să-şi găsească de lucru singură, în timp ce părinţii munceau jos din greu. Astfel, ea a început să caute prieteni care să o accepte. Dacă nu reuşește să stabilească o relaţie cu părinţii, atunci poate cu prietenii! De aceea, a preferat să nu spună nimic care ar fi putut să-i supere sau să-i îndepărteze pe aceştia.

Aşadar, respingerea iniţială porneşte de la părinţi. Aceştia, la rândul lor, au avut şi ei părinţi întreprinzători, care au muncit numai pentru propria lor firmă. Bunăstarea firmei a avut întotdeauna prioritate. Deşi Sandra se străduieşte în mod credibil să se ocupe de fiica ei, o aude adesea pe Leonie spunând: „Mă laşi tot timpul singură!” Până acum Sandra a adus argumente împotriva acestui lucru şi şi-a găsit justificări. O încurajez pe Leonie să-i spună mamei cu sinceritate cum se simte şi de ce are nevoie. Îi recomand mamei să asculte, să vadă şi să accepte nevoile copilului. Chiar în timp ce lucrează, lui Leonie îi vine ideea să caute în jur şi alte prietene şi chiar băieţi şi să nu-i mai bage în seamă pe cei care nu o acceptă. Imediat, Leonie îşi aminteşte de unii dintre ei.

Aşa cum am aflat mai târziu cu bucurie de la Leonie şi de la Sandra, totul a evoluat bine. Încurajată de fiică, şi Sandra a venit mai târziu într-o şedinţă individuală, în care şi-a analizat propria ei problemă, şi anume faptul că a fost lăsată singură de mama ei, eliberându-se, astfel, de „influenţa şefei”, adică de influenţa mamei ei.

Când sentimentele traumatice ale părinţilor sunt transmise copiilor

Vera vine la mine de o jumătate de an. Anabel, fiica ei în vârstă de 13 ani, face uneori crize de nervi, are accese de furie şi nu poate dormi singură. Îi este foarte frică şi nu poate adormi până nu vine mama ei. În plus, de îndată ce se apropie ora de culcare, începe să aibă dureri abdominale puternice. Până acum nimic nu a ajutat-o, nici sticla cu apă caldă şi nici chiar medicul nu a putut constata nimic.

Încurajată de mama ei, Anabel este dispusă să lucreze cu metoda constelării intenţiei în cadrul unei şedinţe individuale: „De ce dorm eu cu mama şi cu tata?” Anabel alege câte o pernă pentru fiecare cuvânt. Toate stau aproximativ la aceeaşi înălţime, numai EUL se află sub masă. Observ că fetiţa cade imediat într-o stare de paralizie specifică traumei: stă nemişcată pe scaun şi priveşte fix în direcţia cuvântului DORM, care se află pe masă, deasupra EULUI. Încerc cu prudenţă să o fac pe fetiţă să se deschidă. Acest lucru pare să dureze o veşnicie. În cele din urmă, ea reuşește să-mi spună că-i este frică pentru părinţii ei. Îi este frică să nu-i piardă. Nu poate explica acest lucru, este „doar un sentiment”.

Întrucât am lucrat deja cu părinţii lui Anabel, înţeleg bine despre ce este vorba: în copilărie, mama ei a fost traumatizată sexual de bunicul ei, iar bunica ei nu a vrut să ştie nimic despre acest lucru. Ba chiar o încuia pe Vera în pivniţă, atunci când noaptea nu se putea opri din plâns. În ceea ce priveşte tatăl lui Anabel, mama acestuia s-a îmbolnăvit încă de timpuriu de „cancer”, iar băiatul a rămas complet singur cu fricile şi grijile sale.

Numai cu foarte mult tact mă pot apropia din nou de Anabel. Acum pot să-i propun să intru în rolul EULUI din intenţia ei. Sentimentele şi imaginile mele sunt următoarele: lipsa orientării, singurătate, ambii părinţii sunt grăbiţi şi permanent foarte ocupaţi, stresaţi. Aşadar, când vreau să fac ceva împreună cu părinţii mei sau să primesc ceva de la ei, sunt nevoită să suport stresul lor. Anabel confirmă cu ochi trişti descrierile mele. Încurajată

fiind de încuviinţarea ei, merg până acolo încât vreau să le spun aceste lucruri părinţilor. Mă cuprinde o furie sănătoasă: „Am nevoie de o mamă! Nu vreau să mai îndur acest stres permanent! Vreau ca mama să aibă grijă de mine. Vreau ca ea să fie prezentă pentru mine! Vreau să fiu băgată în seamă şi iubită şi nu vreau să fiu nevoită să am eu grijă de mama şi de tata!”, cer eu cu indignare în timp ce mă aflu în rolul EULUI lui Anabel. Anabel încuviinţează cu tristeţe. Decidem ca Bettina – adică eu – să-i spună aceste lucruri mamei sale. Anabel este de acord, iar în ochii ei sclipeşte speranţa. „Asta este o chestiune care-i priveşte pe adulţi”, este concluzia noastră comună.

Întrucât simt supusă obligaţiei de a păstra secretul profesional şi nu pot discuta cu părinţii despre munca noastră decât dacă copiii doresc acest lucru în mod expres, o întreb pe Anabel încă o dată, în calitatea mea de consilier, dacă este într-adevăr de acord să fac acest lucru. „Te rog, vorbeşte tu cu mama”, răspunde Anabel, temătoare şi nesigură.

Mama ei, Vera, este, ce-i drept, afectată de relatările mele cu privire la munca realizată împreună cu fiica ei, dar este şi recunoscătoare. Este demn de remarcat faptul că Vera efectuase împreună cu mine o şedinţă individuală, dimineaţa, înaintea şedinţei cu Anabel, în care formulase intenţia „De ce Anabel doarme cu mine?” în această şedinţă a ieşit repede la iveală faptul că preocuparea ei faţă de Anabel era o distragere de la propria ei preocupare. Important pentru ea era să-şi analizeze propriile traume. În rolul cuvântului MINE m-am simţit foarte nefericită şi tristă. În timpul următoarelor constelaţii pe care l-am efectuat împreună cu Vera, m-am indignat cu adevărat ca urmare a furiei reprimate. Nu vreau să mai tac, totul trebuie spus şi scos la iveală! am zis în calitate de reprezentant. Verei îi dau lacrimile, nodul din gât o doare fizic.

Revenind la rolul de consilier, îi explic că nu are niciun sens să vorbească cu mama ei. Aceasta şi-a clivat în

interiorul ei calitatea de agresor şi nu va dori să audă nimic. Însă acum există câţiva oameni care au crezut-o şi care o ajută. Către ei trebuie să se îndrepte.

Iată răspunsul scris al Verei, pe care l-am primit după patru săptămâni: „Anabel merge la o şcoală nouă, mai potrivită. Aceasta a fost propria ei dorinţă, pe care noi am transpus-o în realitate imediat şi cu plăcere. Acum ne-am cumpărat şi casa noastră de vacanţă de vis de pe malul lacului. Anabel a vrut imediat să doarmă în propria ei cameră din casa de vacanţă. În general doarme mai bine, iar durerea abdominală a dispărut! Nu-i mai este nici frică".

Datorită cunoştinţelor referitoare la traumă, câştigate prin abordarea lui Franz Ruppert, lucrul meu cu părinţii şi cu copiii a evoluat, s-a aprofundat şi a devenit mai eficient. Pe mulţi părinţi îi însoţesc deja de mai mulţi ani. Pe copii îi cunosc adeseori de când erau bebeluşi. Pentru mine este o mare bucurie când văd cât de mulţi părinţi şi copii s-au dezvoltat minunat. Mă bucură în mod deosebit disponibilitatea părinţilor de a se încumeta să facă pentru copiii lor ceva ce pentru ei înşişi poate nu ar fi îndrăznit: să-şi analizeze traumele suferite în propria lor copilărie. Privind retrospectiv, constat că acest lucru merită întotdeauna să fie realizat!

Bettina Schmalnauer, n. 1970, are trei fiice. În 2011 a absolvit cursurile de formare profesională cu prof. Ruppert. Este consilier psihosocial şi are, începând din anul 2008, propriul cabinet particular, în care lucrează cu metoda Body Talk-Systeme şi cu programul de „parentaj eficient" al lui Thomas Gordon. Este coach autorizat şi lucrează cu metoda constelării intenţiei dezvoltată de Franz Ruppert în şedinţe individuale şi de grup. Cabinetul ei particular este situat în localitatea Chisdorf, în apropiere de Gmunden (regiunea Austria Superioară).

www.gesundheitswerkstatt.co.at

ELLEN KERSTEN

Cine sunt eu în corpul meu şi în ceea ce priveşte

sexualitatea mea ca femeie?

Corpul şi sexualitatea

Multe femei simt extrem de nesigure în ceea ce priveşte sexualitatea şi corpul lor. Majoritatea caută cauzele dificultăţilor lor în evenimentele sau în relaţiile pe care le au în prezent. Însă adesea, acestea nu sunt cauzele iniţiale, ci reînscenarea unor experienţe anterioare. Lipsa unei relaţii sau o relaţie depreciativă cu propriul corp şi cu propria sexualitate este, de obicei, consecinţa experienţelor traumatice petrecute în copilărie. Asemenea experienţe duc la ruperea relaţiei cu sine şi cu propriul corp, adesea încă din pântecele mamei (Ruppert, 2014). Din acel moment, noi ne vom conduce viaţa în funcţie de ceea ce cred părinţii, partenerii, şefii, medicii sau terapeuţii noştri.

Cum îmi simt corpul? Unde îmi place să mă ating? Unde îmi place să fiu atinsă? Cum miros? Cum mă uit la mine şi la corpul meu? îmi place ceea ce văd? Cum arată vaginul meu? Ce mă excită? Multe femei adulte nu ştiu cu adevărat care e răspunsul la aceste întrebări. Adesea îşi pot exprima doar vag propriile lor nevoi. Ele se identifică cu sexualitatea partenerului şi cu ceea ce îl excită pe acesta. Accesul la propriul corp şi la propria sexualitate este adesea blocat. Multe femei acceptă acest lucru ca pe ceva imuabil.

Trăirea unei intimităţi sexuale cu partenerul nostru este cu atât mai probabilă cu cât este mai stabil contactul cu noi înşine. Dezvoltarea potenţialului nostru în ceea ce priveşte experienţele sexuale intense poate avea loc abia atunci când ştim şi simţim cine suntem. Specialistul în terapia sexualităţii Davis Schnarch descrie acest lucru în felul următor: „Diferenţierea este capacitatea de a rămâne eu însămi, în timp ce simt aproape de oamenii care sunt importanţi pentru mine. O coabitare autentică presupune ca între noi să existe o linie clară de demarcaţie la nivel emoţional”. (Schnarch, 2006, p. 66) Altfel spus, chiar dacă sunt într-o relaţie cu alţii, rămân eu însămi propriul meu

punct de referinţă. Când mă contopesc cu partenerul meu şi cu sentimentele sale şi renunţ la propria mea identitate în favoarea relaţiei, dispare şi dorinţa mea sexuală. Dacă nu mă recunosc pe mine însămi, nu-mi recunosc nici propria mea sexualitate. O viaţă sexuală împlinită nu se bazează pe reflexe fiziologice înnăscute. Ea are nevoie de timp pentru a se dezvolta pe deplin.

Sexualitatea plină de viaţă şi de plăcere se manifestă în şi prin intermediul corpului nostru, un corp pe care noi înşine trebuie să-l considerăm ca fiind frumos. Însă de ce ne simţim adesea atât de străini în propriul nostru corp? De ce îl respingem adesea în modul cel mai brutal şi îl osândim? De ce năzuim să avem un alt corp, care în imaginaţia noastră este un corp perfect? De ce ne comparăm permanent cu alte femei – le evaluăm, le judecăm şi concurăm cu ele?

În felul acesta nu ne mai privim şi nu ne mai simţim ca fiind un organism întreg, ci ne limităm să vedem doar picioarele care ar fi prea groase, doar fesele prea mari, doar sânii prea mici sau prea mari. Această fixaţie asupra părţilor individuale ale corpului are ceva masochist. Totodată, aceste gânduri simt însoţite de sentimente de o mare neajutorate şi neputinţă. De exemplu, sentimentul de autodevalorizare este exprimat în felul următor: „Dacă aş fi mai slabă, aş avea o relaţie mai fericită”. Sau: „Dacă aş avea sâni mai mari, m-aş simţi mai feminină”. Ne percepem propriul corp ca pe un răufăcător, care nu ne permite să ne îndeplinim dorinţele şi scopurile noastre personale.

Dietele şi, din ce în ce mai mult, operaţiile estetice, sunt adesea o încercare de a redobândi controlul şi puterea asupra corpului nostru. În anul 2015, în Germania au fost efectuate 43 287 de operaţii estetice şi reconstructive (dintre acestea, 12% au fost efectuate la bărbaţi). Cea mai frecventă intervenţie chirurgicală a reprezentat-o mărirea sânilor, urmată de liposucţie.62

Traumele sexuale şi consecinţele lor

Lipsa unui contact cu propriul corp poate avea multe cauze, însă trauma sexuală apare atât de frecvent în biografia traumatică a femeilor, încât pentru mine este important să mă ocup de această posibilă cauză mai în detaliu. Violenţa sexuală este o încălcare a limitei personale, care se referă la orice act de natură sexuală exercitat asupra sau în faţa unei persoane, împotriva voinţei sale sau la care această persoană nu poate consimţi în cunoştinţă de cauză, din pricina inferiorităţii sale fizice sau verbale (Bange şi Deegener, 1996). Un abuz are loc atunci când o persoană mai în vârstă îşi foloseşte poziţia de putere sau profită de ignoranţa, încrederea sau dependenţa unei fete sau a unui băiat, pentru a-şi satisface propriile nevoi sexuale. Acest lucru poate implica contactul fizic, dar poate avea loc şi fără contact fizic, de exemplu, arătând imagini pornografice. Traumatizarea sexuală este întotdeauna un act de abuz. Există un spectru larg de acte care încalcă limitele personale şi diferite niveluri de gravitate ale acestora. Factorul decisiv este modul în care persoana percepe ea însăşi încălcarea limitelor personale.

Consecinţele abuzului sexual sunt cu atât mai grave cu cât relaţia dintre victimă şi agresor a fost mai apropiată şi cu cât abuzurile s-au petrecut mai frecvent. Agresorii neagă fapta întotdeauna. Un copil este, de obicei, dependent de relaţia cu agresorul. Pentru a putea rămâne în relaţie cu acesta, el nu trebuie să-l recunoască drept agresor. Acest lucru îi provoacă copilului o mare confuzie, din care acesta poate ieşi treptat abia când devine adult.63 De obicei, agresorul stabileşte o relaţie „specială” cu victima, profitând de raportul stabilit.

Consecinţele pe termen lung depind în mod decisiv de faptul dacă, după abuzul sexual, copilul primeşte sprijin şi consolare şi dacă este crezut. Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) presupune că, în Germania, un milion de copii au suferit sau suferă de abuzuri sexuale.64 Probabil că totuşi sunt afectaţi chiar mai mulţi copii.

Pentru copiii abuzaţi, este caracteristic faptul că,

adesea, imaginile şi amintirile concrete lipsesc în întregime. Negarea şi tăcerea sunt parte componentă a traumatizării sexuale. De obicei, un copil este traumatizat sexual, deoarece înainte a suferit deja de o „traumă de identitate" şi de o „traumă de iubire" (Ruppert, 2012 b). Trauma de sexualitate zguduie încrederea unui copil în lumea înconjurătoare până la rădăcinile existenţei sale.

Dezvoltarea sănătoasă a unui copil necesită protecţie din partea părinţilor săi. Atunci când mama este ea însăşi traumatizată, ea îşi abuzează copilul drept compensaţie pentru lipsa identităţii ei şi pentru satisfacerea propriilor ei nevoi. De aceea, copilul nu are parte de o relaţie hrănitoare şi caldă. El suferă de singurătate totală. Din cauza disperării profunde şi a suferinţei existenţiale, el se agaţă de orice persoană care îi apare în cale. Pentru aceasta, este suficient şi să-i arăţi o atenţie minimă. Copilul nu are opţiunea de a spune „nu". Fiind „înfometat", el nu poate distinge între o relaţie „bună" şi una „rea". În felul acesta, el devine o pradă uşoară pentru agresori.

Agresorul consideră corpul copilului ca fiind proprietatea sa. El este preocupat de nevoile *sale*, nu de cele ale copilului. Chiar şi propriul copil este abuzat pentru a-şi satisface nevoia. De exemplu, un tată îşi venerează şi îşi răsfaţă fiica, doar pentru că are nevoie de ea drept consolare pentru propria lui disperare. Tatăl este ferm convins de faptul că, iubind-o cu pasiune, îşi face sieşi şi fiicei sale numai bine. Fiica consideră că relaţia complicată şi prea apropiată cu tatăl ei este normală. Ea simte exact că tatăl are nevoie de ea şi că ea este importantă pentru el. Însă ea nu-şi poate da seama că nu este vorba despre ea, ci despre tatăl ei.

Trauma de sexualitate este asociată cu sentimente extreme de frică, neputinţă, neajutorare, ruşine şi dezgust. Corpul se rigidizează, iar sentimentele insuportabile „îngheaţă". Propriul corp trebuie abandonat. Drept urmare, are loc un clivaj interior profund. Propriul eu şi propria voinţă trebuie abandonate.

Copilul este complet la discreţia agresorului extrem de puternic. Orice împotrivire este imposibilă sau agravează şi mai mult situaţia. Agresorul ameninţă adesea cu şi mai multă violenţă. Acest lucru întăreşte sentimentul de neputinţă absolută. Ce se petrece în interiorul unui asemenea copil este greu de înţeles, având în vedere forţa şi dramatismul situaţiei. Copilul nu este o persoană, ci un obiect al agresorului. Copilul trebuie să se supună voinţei agresorului. În situaţia sa fără ieşire, el trebuie să stabilească o legătură cu agresorul şi nu poate să-l recunoască pe acesta ca fiind agresor. Astfel copilul nu se poate separa şi distanţa de agresor. Din cauza angoasei de moarte, victima percepe nevoile agresorului de parcă ar fi propriile sale nevoi. Ea, victima, reacţionează mecanic, fără a avea o voinţă proprie. Sentimentele sunt clivate în urma experienţei. Din cauza angoasei de moarte şi a faptului că este complet la discreţia agresorului, copilul abuzat se poate comporta numai într-un mod aparent voluntar. Altminteri nu ar face decât să agraveze situaţia. La atingerea agresorului, fetiţa simte în mod reflex plăcere şi i se umezeşte vaginul. În sinea fetiţei, ia naştere o mare confuzie. Nu agresorul, ci victima se ruşinează şi se simte vinovată şi pentru faptul că a dorit contactul.

Consecinţele sunt grave. Multe femei pot avea stimulare sexuală doar dacă îşi imaginează scene violente. Adesea plăcerea sexuală este asociată mai târziu cu suportarea durerii. Durerea este percepută chiar ca fiind eliberatoare. Propriul corp este perceput ca fiind sursa unui sentiment profund de neputinţă, teamă şi nesiguranţă. Prin urmare, această strategie de supravieţuire are sens: „Mă simt în siguranţă atunci când nu mă aflu în corpul meu!” Propriul corp este perceput de acum înainte ca fiind străin, ba chiar este combătut ca un duşman. Unele femei se refugiază în timp ce fac sex în lumile interioare ale imaginaţiei. De exemplu, ele îşi imaginează un „bărbat care face totul bine” şi care le poartă pe braţe, citindu-le toate dorinţele de pe buze. Ele

nu-şi simt propriul corp, ci participă doar la actul sexual, simulând în faţa partenerului şi faţă de ele însele plăcerea sexuală.

În cazul femeilor traumatizate sexual există un tipar relaţional tipic, şi anume acela de a compensa siguranţa emoţională şi materială cu sexul. Relaţia seamănă mai degrabă cu o comunitate creată din motive pragmatice. Femeia plăteşte cu sex pentru siguranţa pe care i-o oferă bărbatul (casă, bani, prestigiu social, statut relaţional). Totodată, ea încearcă ani de-a rândul să evite contactul sexual. Sexualitatea este într-un fel clivată, în aşa fel încât chiar şi într-o relaţie de lungă durată ea se simte complet străină şi ca neavând o identitate sexuală proprie. Femeia nu se percepe ca fiind o fiinţă sexuală. Femeile traumatizate sexual încearcă în diferite moduri să-şi exercite controlul asupra partenerului sau asupra copiilor.

Asemenea femei au de obicei relaţii de dependenţă bazate pe exploatare, relaţii care ţin de o dinamică de tipul agresor-victimă. Ele nu-şi pot dezvolta o identitate proprie, care să le ofere stabilitate. Ele îşi întreabă permanent partenerul de discuţie: Simt în regulă aşa cum sunt? Fac totul bine? Ele sunt dependente de părerea persoanelor la care caută stabilitate şi siguranţă. Satisfacerea nevoilor lor, luarea deciziilor sunt lăsate în seama partenerului şi a altor persoane apropiate. În felul acesta nu poate avea loc o maturizare afectivă. Ele sunt blocate din punct de vedere emoţional, simţindu-se ca o fetiţă în corpul unei femei adulte.

Femeile traumatizate sexual transmit adesea bărbaţilor, în mod inconştient, stimuli sexuali puternici. Ele vor să stabilească contacte şi să fie văzute. Totodată, le este frică să nu fie abuzate şi vor să fugă. Contactul vizual este permanent evitat. Şi acest comportament este o încercare de a obţine controlul asupra situaţiei de odinioară în care li s-au încălcat limitele personale. Fie nu stabilesc nicio relaţie, fie se culcă la întâmplare cu mulţi bărbaţi. Ele simt când îi pot controla pe bărbaţi sau când

pot fi plătite pentru sex. Femeile care se prostituează au suferit aproape întotdeauna o traumă sexuală. În felul acesta, ele repun mereu în scenă propria lor traumă.

Pentru ca amintirile şi sentimentele refulate cu privire la experienţele cumplite să nu iasă la iveală, este nevoie de multă energie, de o energie vitală, care nu va mai fi disponibilă şi pentru alte scopuri ale vieţii. Se construiesc mecanisme de negare, care au rolul de a proteja persoana pentru a nu fi copleşită de emoţii. Însă acestea duc tot mai mult la pierderea contactului cu realitatea. Reprimarea adevărului devine o strategie de supravieţuire. Se poate merge atât de departe, încât persoana să se afle într-o stare permanentă de confuzie. Sentimente precum panica, durerea şi dezgustul sunt complet clivate. Propriul corp, căruia i s-a întâmplat evenimentul îngrozitor, este perceput ca fiind neimportant, el este devalorizat şi dispreţuit. Sentimentele clivate îşi duc propria lor viaţă. Drept consecinţă, apare o stare permanentă de tensiune, tendinţa de a fi mereu în alertă. Şi, dintr-odată, pot apărea, fără nicio explicaţie şi fără vreo legătură aparentă cu contextul, panica sau senzaţiile de greaţă. Viaţa devine tot mai nesigură şi mai imprevizibilă, deoarece nu există o stare de siguranţă şi de stabilitate interioară.

Simptomele fizice frecvente sunt următoarele:

Infecţiile vaginale, infecţiile fungice, cistitele, crampele menstruale, uscăciunea vaginală şi dureri în timpul actului sexual, migrenele, bolile de piele şi alergiile, tulburările de somn, bolile autoimune, renunţarea la hrană (aşa-numita anorexie) sau mâncatul excesiv.

Ulterior, apar următoarele probleme comportamentale:

dependenţa de muncă, dependenţa de curăţenie sau dependenţa de cumpărături, abuzul de medicamente, consumul de alcool şi de droguri, autovătămarea, cum ar fi zgârierea, scărpinarea sângeroasă a pielii, dependenţa de sex, comportamentul promiscuu compulsiv, prostituţia,

sexualitatea sado-masochistă, lipsa orgasmului, masturbarea compulsivă, pierderea oricăror nevoi sexuale sau prezenţa unor senzaţii de amorţeală în abdomenul inferior, dorinţa excesivă de „a-şi simţi corpul”, de exemplu, prin practicarea unor sporturi extreme, ritualuri compulsive, cum ar fi spălatul compulsiv.

Psihiatrii pot adăuga, ca atribuiri, diagnostice precum „tulburare de personalitate borderline”, „depresie”, „psihoză” sau „tulburare de anxietate”.

Traumatizarea sexuală duce la o perturbare profundă a simţului corporal. Propriul corp este respins în mod radical, el este perceput ca o povară grea. Aceşti oameni se simt captivi în propriul lor corp, de care ar prefera să scape. În cazul aşa-numitei anorexii, corpul nu se maturizează şi nu creşte. Formele feminine îi atrag pe bărbaţi şi, de aceea, sunt periculoase. Cu cât corpul are mai puţină substanţă, cu atât există mai puţine nevoi sexuale. Dorinţa anorecticei de a se elimina fizic prin înfometare este o strategie extremă de supravieţuire. Există o dorinţă uriaşă de a avea un corp intact, imaculat şi pur, care este în fond o nimicnicie pură. Dacă nu are loc o revenire, înfometarea poate duce la moarte.

Comportamentul autovătămător este o reacţie la respingerea profundă *a* propriului corp. Corpul, care a pricinuit vieţii atât de multă suferinţă, trebuie să fie chinuit. Propriul corp este perceput ca fiind un duşman şi este tratat ca atare.

Helena – o poveste despre autodezvoltare

„Dimensiunea terorii de care am avut parte în copilărie şi consecinţele aferente care se manifestă în viaţa mea actuală le conştientizez treptat abia acum, la vârsta de 47 de ani. Părinţii mei simt ambii alcoolici. Au fost dintotdeauna. Mama mea nu a fost niciodată «prezentă». Ca urmare a propriilor ei traume, trăia în propria ei lume. M-am străduit atât de mult să mă apropii de ea şi să o salvez. Nu am reuşit. Eu am fost prezentă pentru mama mea şi nu ea pentru mine. Am fost prezentă chiar şi pentru

bunica mea tristă, care pierduse un copil în război. Am fost prezentă pentru tatăl meu. Mama lui a murit când eu încă nu venisem pe lume. Eu eram mama lui surogat. Toată lumea a susţinut mereu faptul că eu am fost un copil dorit. Da, un copil care le satisfăcea propriile lor dorinţe! Eram atât de singură, încât am citit toate cărţile care erau în bibliotecă. Mi-am găsit locul în lumea cărţilor. Nu în realitate. Nimeni nu *m-a* băgat în seamă.

Până când a venit unchiul meu. Eram extrem de disperată în singurătatea mea şi nu aveam contact cu nimeni. Iar el mă dorea. Mă iubea. Îmi dorisem atât de mult să ţină cineva la mine! în sfârşit, cineva care este drăguţ cu mine. Nu am avut nicio opţiune în ceea ce priveşte nefericirea mea, nu mi-am dat seama că şi el voia să mă folosească pentru nevoile sale. Nevoile sale sexuale. S-a întâmplat în casa bunicii mele. Mereu şi mereu. De la vârsta de şase ani până la zece ani. Apoi ne-am mutat. Unchiul meu trăgea un pui de somn la amiază, iar eu trebuia să merg la el. Să mă aşez în poala lui. Să-i iau penisul în gură. Să-i înghit sperma. Să mă las atinsă de el între picioare. Şi să fac acest lucru zâmbind mereu. A spus că şi eu vreau. Că este frumos. Eram speriată de moarte, dar numai în interior. Corpul meu reacţiona declanşând reflexul de a face pe mortul. Nu trebuia în niciun caz să-şi dea seama că mi-e teamă. M-a ameninţat cu violenţa, dacă spun ceva cuiva. Cu cât îşi dădea drumul mai repede, cu atât mai repede se încheia tortura.

Mai târziu, decenii de-a rândul am plâns cu hohote în timpul actului sexual. Nu e de mirare: astăzi ştiu că, deşi eram o femeie adultă, făceam sex din corpul unei fetiţe. De atunci, corpul meu a continuat să-şi dezvolte caracteristicile sexuale exterioare. Însă sexualitatea mea, nu. Rămăsese la vârsta unei fetiţe de şase ani. De atunci, supravieţuiesc ca într-o celulă de închisoare, în care timpul a rămas pe loc.

În timpul şi înaintea menstruaţiei, aveam o stare insuportabilă de înceţoşate şi de confuzie. În timpul

menstruaţiei mă simţeam cu adevărat bolnavă. Aveam dureri de membre, fluctuaţii ale dispoziţiei, migrene. Menstruaţia mea era, în mod ciudat, deconectată de corpul meu. Menstruaţia mea era ca un dominator care pretindea supunere din partea mea. Aşa o simţeam. Ea avea de-a face şi cu faptul că avea loc o scurgere de sânge. Pe de o parte, acest lucru era o uşurare, pe de altă parte era stresant. Astăzi fac legătura cu ejacularea unchiului meu. Situaţia era foarte stresantă, dar ejacularea o percepeam ca pe o uşurare. În acel moment îmi dădea drumul.

Am suferit de o infecţie vaginală recurentă, însoţită de o mâncărime intensă. Numai din cauza durerii usturătoare şi a mâncărimii chinuitoare îmi simţeam organele genitale. Îmi scărpinam permanent pielea până când dădea sângele, iar durerea usturătoare făcea să apară în interiorul meu o senzaţie ciudată de satisfacţie. Adesea îmi frecam în mod compulsiv ochii până când ieşea un lichid vâscos, pe care îl percepeam ca fiind străin. Astăzi ştiu că totul era o repunere în scenă a abuzului sexual oral. Îmi smulgeam mereu în mod compulsiv părul, pentru a-mi diminua tensiunile interioare.

De la vârsta de 14 ani am suferit mereu de atacuri de panică. De o angoasă de moarte. De o teamă copleşitoare de moarte şi de supraexcitare. Factorul declanşator era întotdeauna vederea cadavrelor şi a corpurilor moarte. Diferenţa dintre acestea este importantă. Cadavrele sunt îngropate, în timp ce corpurile moarte pot continua să trăiască. Atacurile de panică erau însoţite întotdeauna de idei obsesive: zăceam moartă şi totodată mă priveam din exterior. Aceste stări reveneau mereu şi se perpetuau pe durate de câteva luni. Am vrut să înţeleg ce se întâmplă! La vârsta de 17 ani am început să fac psihoterapie. Am căutat la preoţi răspunsuri cu privire la moarte şi la viaţa de după moarte. Am fost la psihologi, psihiatri, astrologi şi medici naturişti. Mă simţeam torturată, chinuită şi agitată. Părinţii mei spuneau că sunt nebună. Şedinţele de terapie mi le-am plătit întotdeauna singură.

În copilărie a trebuit să plătesc cu corpul meu pentru a avea contact cu un bărbat. Prin urmare, am crezut că bărbaţii îmi pot reda corpul. Am crezut acest lucru ani de zile – nici nu remarcam cât de dependentă mă făcea să fiu această aşteptare. Pe de o parte, îmi era cumplit de frică de toţi bărbaţii şi totodată ei trebuiau să fie salvatorii mei. Abia după mulţi ani de terapie am înţeles că acest lucru nu funcţionează. Numai eu însămi îmi pot recupera corpul. Numai eu mă pot apropia din nou de corpul meu dacă nu-l mai distrug, luându-l drept duşman şi dacă nu-l mai ţin la distanţă de teama unor noi abuzuri.

Nu pot arunca mâncarea. Simt nevoia să am mereu în locuinţa mea rezerve foarte mari de alimente, de geluri de duș și de alte lucruri de care am nevoie zilnic. Faptul de a nu putea arunca mâncarea şi totodată faptul de a simţi nevoia să am rezerve mari de alimente creează în interiorul meu o mare neliniște şi un mare stres. Mâncarea şi obiectele de care am nevoie şi pe care le pot folosi zilnic sunt un substitut pentru corpul meu. De aceea simt că pentru mine este şi o chestiune existenţială atunci când trebuie să arunc mâncarea stricată. Faptul că pot pune fără echivoc comportamentul compulsiv pe seama traumei de sexualitate mă determină să nu mă mai condamn şi să nu mă mai devalorizez. Este o consecinţă a traumei, iar acea fetiţă nu a avut altă opţiune decât să folosească această strategie de supravieţuire. Chiar şi numai această atribuire mă detensionează şi-mi permite să ies din spirala autodistructivă cauzată de credinţa: «Sunt rea şi lipsită de valoare dacă nu reuşesc să renunţ la acest comportament.» Astăzi am compasiune şi înţelegere faţă de mine însămi şi nu mă mai devalorizez. Simt această schimbare care are loc şi-mi pot oferi timpul pe care îl necesită procesul meu de elaborare.

Îmi simţeam corpul numai în urma efectuării unor acţiuni extreme, de exemplu, mâncând prea mult, scărpinându-mi pielea până îmi dădea sângele etc. Totodată aveam şi o sensibilitate deosebită la o mare

varietate de stimuli externi, cum ar fi căldura, frigul, zgomotele puternice, mulţimea de oameni etc. Eram mereu „setată” într-un mod de protecţie şi de izolare şi totuşi mă simţeam la ani lumină distanţă de corpul meu. Aveam o relaţie foarte ambivalenţă cu mâncarea. De fapt, aş fi preferat ca fetiţa din mine să se fi putut dezintegra la acea vreme, precum şi în numeroşii ani care au urmat. Faptul de a mă ascunde în locul cel mai retras din interiorul meu şi de a mă baricada acolo a fost singura mea posibilitate de a supravieţui. Să fiu acolo, fără a fi prezentă. Să fug atât de departe, încât nici măcar să nu mai ştiu că exist. Eram doar descompusă în numeroase fragmente individuale, fără a avea un corp.

Totodată, nu mai voiam nimic altceva pe lume decât să trăiesc! Să fiu prezentă. Să fiu vie. În totalitate. Cu tot ceea ce sunt şi mă defineşte. În corpul meu. Cu cât voiam mai mult să dispar, cu atât mai mult mâncarea a preluat voinţa de a exista. Întreaga mea zi era concentrată asupra mâncării. Foamea însemna foamea de a trăi. Am luat tot mai mult în greutate, lucru care simbolizează faptul de a exista în interiorul corpului. Am devenit tot mai grasă şi mai grea, cântăream aproape 120 de kilograme. Aveam 37 de ani şi, din cauza greutăţii corporale prea mari, abia mă puteam mişca.

Apoi a murit prietena mea. Stăteam în capela mortuară pentru a-mi lua rămas-bun de la ea. Am privit corpul ei mort şi am căzut într-un abis emoţional. Vederea cadavrului m-a catapultat din acel moment în situaţia traumatizantă de odinioară. Atacurile de panică puternice, tahicardia, un puls extrem de ridicat, o stare puternică de supraexcitare m-au însoţit de atunci încolo. Senzaţia chinuitoare de a fi străină printre străini, deconectată de orice formă de viaţă s-a intensificat tot mai mult, îmi era imposibil să intru în contact cu oamenii. Eram ca într-o capsulă spaţială. Detaşată de tot ce însemna viaţă, dezintegrată, complet singură. Mă simţeam complet neputincioasă, ca într-un vârtej. Cu cât încercam mai mult

să mă agăţ de ceva sau de cineva, cu atât panica se agrava. Tot ceea ce mă menţinuse în exterior dispăruse – copiii mei, soţul meu, prietenele mele, mâncarea mea. Ceea ce rămăsese era un neant, care nu avea niciun fundament. Era o pierdere totală a controlului. În acel moment n-a mai putut să funcţioneze supravieţuirea mea bazată pe o existenţă lipsită de viaţă.

Ajunsesem pe punctul de a mă interna la psihiatrie şi de a lua medicamente psihotrope. Nu am făcut niciunul dintre aceste lucruri. Pentru asta sunt astăzi extrem de recunoscătoare. Deoarece, sub toată această oroare şi spaimă care spumega în interiorul meu, am simţit acea fiinţă plăpândă, pe mine însămi. Am simţit această urmă de stabilitate din interiorul meu. Ceea ce mă defineşte, persoana care simt cu adevărat. Am simţit tot mai mult că salvarea se află în mine însămi. Se află în interiorul meu şi nu depinde de ceilalţi oameni. Acesta a fost punctul de cotitură din viaţa mea. Din acel moment, *eu* sunt tot mai mult punctul meu de referinţă. Îmi găsesc calea către mine însămi. Mă conectez cu ceea ce sunt. Mă detaşez de ceea ce nu sunt. Este un proces de dezvoltare treptată. Sunt prezentă. Vreau să fiu prezentă! Tot mai mult. Tot mai întreagă. Terapia identităţii are o contribuţie esenţială la acest lucru.

Mult timp nu am vrut să accept ceea ce am trăit în copilărie. Abia când am lucrat cu metoda constelaţiilor am obţinut claritatea de care aveam nevoie pentru a putea spune «da». Intenţia pe care am formulat-o în cadrul acestei constelaţii suna în felul următor: «Eu vreau să înţeleg care este cauza angoasei mele de moarte.»

Între timp aflasem că părinţii mei dădeau în trecut petreceri în care se consuma mult alcool. Eu aveam vârsta de doi sau trei ani. În alte constelaţii ieşise deja la iveală şi faptul că în timpul acestor petreceri aveau loc orgii sexuale, iar eu mă aflam în mijlocul lor. Până atunci avusesem doar o percepţie corporală vagă cu privire la faptul că în timpul acestor orgii sexuale avusesem parte de

o serie de încălcări ale limitelor personale.

Reprezentanta EULUI meu a fost încă de la început foarte binevoitoare şi a stabilit o relaţie pozitivă cu mine. EUL a spus: «Noi suntem în regulă. Nu am făcut nimic greşit.» Această propoziţie mi-a adus un sentiment de uşurare. Am simţit cât de vinovată şi de responsabilă mă simţeam pentru toate lucrurile posibile. Pentru cuvântul CAUZĂ am ales apoi ca reprezentanţi mai mulţi bărbaţi. Aceştia se simţeau beţi sau drogaţi. Reprezentanta cuvântului ÎNŢELEG nu putea deschide ochii, se simţea ameninţată din exterior, astfel încât a trebuit să se retragă în locul cel mai ascuns din interiorul corpului ei. Am început să plâng. Simţeam tot mai intens că mă aflam în corpul meu, îmi simţeam pielea ca pe o graniţă şi, totodată, simţeam în exterior prezenţa bărbaţilor. Acest exterior era «prea aproape, prea mare, prea mult». Simţind că aceşti bărbaţi sunt pentru mine prea aproape, prea mari şi prea mulţi, m-am apropiat mai mult de corpul meu. Cunoscându-mi propriul meu adevăr, m-am simţit brusc complet calmă şi uşurată. M-am simţit mult mai aproape de mine însămi. În prezenţa cuvântului ÎNŢELEG mi-am simţit corpul şi am simţit totodată realitatea traumei sexuale.

Acum nu mai pun la îndoială trauma mea sexuală. Pot să o recunosc ca fiind experienţa mea traumatică. Acum pot să merg mai departe, să evoluez, să mă dedic altor lucruri. Nu mai simt blocată în ea. În felul acesta pot să-mi trăiesc propria mea viaţă.

Înainte exista un haos complet în interiorul meu. Ca o orchestră fără dirijor. Fiecare parte credea că ea dă tonul.

Acum există un dirijor. Eu sunt aici. Iar secţiunile orchestrei devin din ce în ce mai armonioase, din ce în ce mai coordonate, mai conectate. Simt că mă maturizez, că evoluez, că devin adultă. Acest proces al meu a necesitat foarte multă încredere, speranţă şi perseverenţă. Au existat şi încă mai există multe perioade dificile. Însă nu mă mai adâncesc de mult timp în stări proaste. În prezent,

reglarea mea interioară are loc mult mai rapid. În mine există o stabilitate fără precedent. În ultimii ani, viaţa mea s-a schimbat în bine atât de mult, încât uneori mă privesc eu însămi cu uimire. Astăzi îmi dau seama cât de obositor a fost să fiu acolo, fără a fi prezentă. Am scăzut foarte mult în greutate. Infecţiile vaginale recurente nu mai apar deloc. Menstruaţia mea o simt acum ca făcând parte din mine şi nu invers. Durerile din timpul menstruaţiei s-au diminuat foarte mult. Mă simt mult mai sigură, atât în plan interior, cât şi în plan exterior. Somnul meu este mai relaxat şi mai profund. Trăiesc într-un mod mult mai prezent şi mai conştient. Dezvolt tot mai multă compasiune şi iubire faţă de mine. Fac distincţie între relaţiile care sunt bune pentru mine şi care nu. Acum pot simţi exact acest lucru. Nu mai renunţ la mine în favoarea unei relaţii. Sunt mai importantă în ochii mei decât relaţia, indiferent cu cine o am. Îmi simt din nou limitele. Încep să mă împrietenesc cu corpul meu. În timp ce fac sex, pot să rămân acum în corpul meu. Să mă simt pe mine şi să simt plăcerea. Reuşesc să mă conectez cu o persoană şi să mă detaşez de ea. Fără să mă autodezintegrez. Îmi descopăr propriul eu, autodeterminat, împreună cu propria mea voinţă, cu sentimentele mele, în corpul meu, împreună cu sexualitatea mea. Aceasta este pentru mine cea mai mare fericire”.

Bibliografie

Bange, D. & Deegener, G. (1996): *Sexueller Missbrauch an Kindern*. Weinheim: Beltz

Lindner, L. (2011): *Splitterfasemackt*. München: Droemer

Northrup, Ch. (1998): *Frauenkörper, Frauenweisheit*. München: Zabert Sandmann

Röhr, H-ţi. (2015): *Ich traue meiner Wahrnehmung*. Ostfildern: Patmos

Ruppert, F. (2007): *Seelische Spaltung und innere Heilung*. Stuttgart: Klett-Cotta

Ruppert, F. (2012 a). *Simbioză şi autonomie*.

Bucureşti: Trei
Ruppert, F. (2012 b): *Trauma, Angst und Liebe*. München: Kösel
Ruppert, F. (ed.) (2014): *Frühes Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta
Schnarch, D. (2006): *Die Psychologie sexueller Leidenschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta
Ellen Kersten, n. 1969, este medic naturist. Organizează şi conduce în Bad Homburg grupuri deschise şi grupuri închise lucrând cu terapia traumei psihice orientată către identitate, precum şi cu ateliere de constelaţii individuale.
www.naturheilpraxis-kersten.de
DIANA LUCIA VASILE
Cancerul de col uterin şi cum să devii mamă
Doi ani de psihoterapie individuală
Rebecca, în vârstă de 27 de ani, a venit la terapie ca urmare a sentimentelor ei de tristeţe, a durerii fizice şi a problemelor de relaţionare pe care le avea cu partenerul ei şi la locul de muncă. Simptomele care o deranjau erau următoarele: iritabilitate, care genera conflicte în cadrul relaţiilor şi conflicte cu ea însăşi, muncă excesivă, ca urmare a faptului că avea două locuri de muncă, coşmaruri, o stare de confuzie emoţională şi dezorientare legată de activitatea sa profesională.
Rebecca era cea de-a treia fiică a familiei şi totodată copilul cel mai mic care era în viaţă. De-a lungul întregii sale copilării tatăl ei a fost un alcoolic care a ignorat permanent activităţile fiicei sale. Mama ei era depresivă şi se simţea copleşită de sarcinile gospodăreşti zilnice şi de nevoile copiilor. Ambii părinţi aveau locuri de muncă prost plătite şi, prin urmare, aveau dificultăţi financiare. La momentul la care Rebecca a început să urmeze o psihoterapie, mama şi fiicele se străduiau din greu să-l îngrijească pe tatăl bolnav. Obiectivele terapeutice ale Rebeccăi au fost următoarele: să devină mai relaxată, să-şi îmbunătăţească relaţia cu partenerul, să înţeleagă mai

bine cine era ea cu adevărat şi ce se întâmpla cu viaţa ei. Se gândea să se căsătorească cu bărbatul cu care trăia deja de şapte ani şi dorea să aibă copii.

Explorarea poveştii de viaţă a Rebeccăi şi concentrarea asupra sentimentelor, intenţiilor şi resurselor ei au fost realizate folosind tehnica autoobservării, oglindirea, autoreflecţia şi analiza viselor. Astfel, Rebecca a intrat în contact cu sentimentele ei traumatice şi cu consecinţele acestora, care simt enumerate mai jos:

amorţeală fizică şi emoţională: sentimente confuze faţă de partener, absenţa simptomelor atunci când este bolnavă. De exemplu, când Rebecca a suferit, la vârsta de 26 de ani, o colică renală, ea nu a simţit nimic, deşi a sângerat puternic. Ea a mers la camera de urgenţă a unui spital abia după ce a observat sângele care curgea pe podea, în timp ce lucra peste program. Medicii au confirmat faptul că fusese în pericol de moarte, deoarece venise extrem de târziu la spital;

evitarea momentelor şi activităţilor plăcute: acordă prea puţin timp relaxării şi prietenilor, evită momentele de linişte;

tendinţa de a munci compulsiv, evitarea vizitelor la medic şi, implicit, a efectuării controalelor de sănătate şi a tratării problemelor medicale;

simptome intruzive: durere emoţională, coşmaruri, „flashbackuri”, tristeţe, furie şi durere;

cogniţii disfuncţionale: „Pot face faţă volumului mare de muncă”, „Relaţiile sunt dificile”, „Trebuie să am grijă de părinţii mei, chiar dacă acest lucru implică eforturi mari şi pierderi”.

22 de şedinţe de terapie individuală efectuate pe o perioadă de 18 luni au ajutat-o pe Rebecca să-şi conştientizeze mai bine propriile nevoi şi strategii de supravieţuire. De asemenea, ea şi-a folosit resursele personale şi sociale pentru a face schimbări importante în viaţa ei:

renunţarea la locul de muncă cel mai stresant şi

concentrarea asupra propriei sale afaceri;

adoptarea unui nou stil de viaţă: alimentaţie sănătoasă, mai mult timp acordat somnului şi relaxării, activităţi sportive şi recreative;

luarea deciziei de a se căsători cu partenerul ei;

stabilirea obiectivelor pentru ea însăşi şi pentru parteneriatul ei, şi nu pentru părinţii săi, ca urmare a înţelegerii dobândite cu privire la „relaţiile bolnăvicioase” din cadrul familiei.

Imediat după nuntă, Rebecca a decis să întrerupă şedinţele de psihoterapie şi să se bucure de schimbările efectuate.

Terapia de grup şi constelaţiile de identitate

După doi ani m-a sunat, fiind extrem de speriată. În urma unei examinări efectuate în zona genitală se constatase o „modificare severă cauzată de virusul papiloma uman”. Şapte ginecologi i-au spus că exista riscul de a dezvolta un cancer de col uterin în următorii doi ani. În plus, Rebecca a aflat că nu poate avea copii. Următoarea şedinţă de terapie s-a concentrat pe reducerea intensităţii sentimentelor sale şi pe redobândirea încrederii în procesul continuu de vindecare. În centrul atenţiei s-a aflat legătura dintre corp şi psihic. Astfel, Rebecca a început cea de-a doua parte a psihoterapiei, care s-a concentrat pe conştientizarea traumei pe care o suferise şi, în mod special, pe clivarea corpului şi nevoilor sale. Astfel, Rebecca a luat două decizii importante:

A vrut să ia lucrurile în propriile sale mâini, prin faptul de a avea încredere în structurile sale sănătoase şi de a le stimula, fiind singura persoană care îşi putea vindeca boala fizică şi îşi putea stimula energia vitală şi fertilitatea.

A vrut să fie singura responsabilă pentru tratamentul care includea o alimentaţie naturală, cu fructe şi legume proaspete, fără zahăr şi came. Mâncarea preparată de ea însăşi trebuia să fie adaptată nevoilor sale personale. A

vrut ca tratamentul corporal principal să includă un somn mai îndelungat, perioade de relaxare, meditaţii, uleiuri esenţiale şi remedii naturiste. În plus, a vrut să facă o psihoterapie a traumei orientată către confruntarea cu sentimentele traumatice, şi cu ajutorul căreia să poată identifica dinamica profundă de tipul agresor-victimă care se manifesta sub forma unor strategii de supravieţuire.

Rebecca a participat apoi la o terapie de grup în care a fost utilizată metoda constelării intenţiei dezvoltată de Franz Ruppert şi în care au fost efectuate constelaţii ale identităţii. În următorii doi ani starea ei de sănătate s-a ameliorat lent, dar în mod constant. S-a vindecât, deşi ginecologii nu au susţinut decizia Rebeccăi de a respinge toate medicamentele şi intervenţiile chirurgicale.

Trei şedinţe de grup au fost cele mai importante pentru Rebecca, atunci când ea s-a concentrat asupra infertilităţii ei. În prima şedinţă, intenţia formulată de ea a fost următoarea: „Aş vrea să mă eliberez pe mine şi pe soţul meu de ceea ce ne blochează să concepem un copil”. După realizarea constelaţiei, ea mi-a scris următoarele: „Blocajul meu nu se referea la parteneriatul nostru, ci la o depresie şi la o anxietate profundă legată de experienţele mele de viaţă”. Înţelegerea acestui lucru a ajutat-o pe Rebecca să se ocupe mai atentă de propria ei traumă, şi mai puţin de relaţia ei maritală.

Ea şi-a redescoperit eul şi s-a reconectat la el: „A existat un moment în care am stat faţă în faţă cu eul meu şi l-am îmbrăţişat. Am simţit cum totul şi toată lumea din jurul meu a dispărut. A fost cea mai profundă cufundare în sinele meu, deşi la început au existat multă frică, durere şi efort. Am simţit apoi căldura corpului său, iar respiraţia sa m-a ajutat să respir uşor şi natural. Treptat am început să simt fiecare părticică a corpului meu, o experienţă extrem de plăcută, ca şi cum ceva revenea la viaţă. Am simţit puterea de a mă susţine pe mine însămi. Faptul de a exprima acest sentiment în cuvinte a fost ceva foarte nou pentru mine. De atunci nu m-am mai simţit singură. Am

păstrat acest sentiment de a fi protejată, ca şi cum nimic rău nu mi s-ar putea întâmpla şi nimic nu mi-ar putea pune viaţa în pericol. Acest sentiment a fost extrem de binevenit – având în vedere faptul că în ultimii doi ani fusesem chinuită de teama unei boli grave, mortale, trăisem ameninţarea acelui cancer de col uterin la care m-au expus şapte medici”.

Dorinţa de a avea un copil a fost o strategie de supravieţuire, aceea de a-şi alina rănile din copilărie. Rebecca şi-a creat iluzia că faptul de a avea grijă de propriul ei copil îi va aduce pacea mult-dorită, întrucât nu ştia care erau rănile ei. Ea a identificat două credinţe profunde: „Faptul de a fi copil este un lucru groaznic” şi „Sarcina şi naşterea sunt nişte experienţe foarte dureroase” Rebecca şi-a dat seama că durerea ei era reală, dar că ea avea la bază experienţele reale din copilărie, care au provocat rănile din zona genitală.

Cea de-a doua intenţie formulată de Rebecca, şi anume „Vreau să-mi continui viaţa în pace, cu bucurie şi în libertate împreună cu soţul şi cu copilul meu”, a adus clarificări foarte importante:

„Reprezentanta cuvântului VIAŢĂ mi-a arătat foarte clar că avea nevoie de pauze pentru a respira. Am văzut că a fost foarte aproape să moară”. Rebecca a conştientizat reacţiile cauzate de traumă şi de clivajul din interiorul ei: pierderea energiei vitale şi renunţarea. După câteva zile Rebecca s-a simţit epuizată, „de parcă mi-aş fi pierdut capacitatea de a lupta”. Ea a renunţat la atitudinea agresivă faţă de corpul ei şi faţă de ea însăşi – a renunţat la faptul de a nu-şi lua în serios nevoile şi senzaţiile corporale.

„Am învăţat, de asemenea, că «bucuria» şi «libertatea» sunt strategii de supravieţuire şi că nu sunt sănătoase. Informaţiile pe care le-am primit de la reprezentanta cuvântului VIAŢĂ, precum şi atitudinea ei m-au ajutat foarte mult. Ea mi-a spus să fiu răbdătoare şi, atunci când sunt obosită, să mă bucur de faptul că respir,

iar când sunt tristă, să accept tristeţea”.

Rebecca a conştientizat mecanismele ei de supravieţuire. Ea a conştientizat sentimentele ei profunde de frică, dar şi durerea şi pierderea energiei sale vitale (care putea s-o coste chiar viaţa), cauzată de agresiunile manifestate faţă de nevoile sale de bază, cum ar fi contactul corporal, contactul vizual, îngrijirea şi protecţia maternă. Aceste agresiuni au fost consecinţa unei tentative de avort efectuate de mama sa pe vremea când aceasta era însărcinată cu Rebecca. Ele s-au manifestat sub forma neglijării şi, ulterior, sub forma mecanismelor de supravieţuire, care au dus la negarea sentimentelor traumatice însoţite de gânduri, sentimente şi acţiuni inadecvate. După o lună, Rebecca a constatat faptul că rămăsese însărcinată în mod natural.

Cum devii mamă

Când Rebecca era în cea de-a 18-a săptămână de sarcină, ea a formulat cea de-a treia intenţie: „Vreau să văd şi să simt cum pot fi o mamă sănătoasă pentru copilul meu”. Iată câteva dintre lucrurile pe care le-a constatat:

„Temerile legate de copilul meu erau amestecate cu sentimentele pe care mama mea le-a avut faţă de mine pe când era însărcinată cu mine. Ea a încercat să mă avorteze. În acel moment, tatăl meu a ieşit din închisoare. Fusese condamnat pentru o crimă pe care nu o comisese – el dorise doar să salveze o rudă apropiată. În felul acesta mi-am dat seama că viaţa mea a început străduindu-mă săsupravieţ uiesc, şi nu într-un mod relaxat şi liniştit. Acum înţeleg că toată viaţa am încercat le fac pe plac părinţilor mei, pentru ca ei să fie mândri de mine, nu pentru că exist, ci pentru că le satisfac nevoile. Acest lucru m-a determinat să depun un efort uriaş și mi-a cauzat o oboseală permanentă, câteva momente de relaxare superficială şi o lipsă de satisfacţie în tot ceea ce am realizat.

A fi o mamă sănătoasă înseamnă să am permanent grijă de mine. Acest lucru duce la stabilirea unei relaţii

pozitive şi durabile cu bebeluşul meu.

Încă mai confund relaţia pozitivă cu cea agresivă”.

Rebecca a înţeles faptul că o mamă sănătoasă este o mamă conştientă, care nu se dedică copilului ei doar pentru faptul că el o priveşte drăgăstos – o privire pe care Rebecca nu a primit-o atunci când se uita în ochii mamei ei. O mamă sănătoasă îşi conştientizează propria ei putere şi se protejează pe ea însăşi.

Rebecca a născut o fetiţă sănătoasă. Cele două dezvoltă acum o relaţie constructivă.

Diana Lucia Vasile este doctor în psihologie, psihoterapeut, psiholog clinician, supervizor, preşedinte al Institutului pentru Studiul şi Tratamentul Traumei din Bucureşti şi cadru didactic la Universitatea din Bucureşti.

www.istt.ro

STEPHAN KONRAD NIEDERWIESER

Corpul masculin, sexul şi trauma

Traumatiza rea sexuală înainte ca violenţa sexuală masivă manifestată împotriva băieţilor din internate şi din corurile de copii să devină cunoscută în Germania, în anul 2010, se credea că abuzul sexual este exercitat de obicei doar asupra fetelor. În prezent, specialiştii consideră că aproximativ 10 – 15% dintre bărbaţi au avut parte în copilărie sau în tinereţe de un abuz sexual (Schlingmann, 2016, p. 1).

Celebrităţile fac ca acest subiect să iasă la iveală: astfel, scriitorul şi criticul Fritz J. Raddatz a dezvăluit într-un interviu acordat ziarului *Süddeutsche Zeitung* faptul că, la vârsta de unsprezece ani, a fost forţat de tatăl său să facă sex cu el şi cu mama lui vitregă. Ne putem întreba dacă decizia sa de a-şi pune capăt vieţii printr-un suicid a fost influenţată de acest lucru. Interviul a fost publicat iniţial sub titlul „Au existat prea multe răni”.65

Când vorbim despre abuzatori, ne gândim de obicei la bărbaţi. Ei sunt consideraţi ca fiind intruzivi, agresivi, violenţi. Faptul că şi femeile, şi mamele sunt capabile să comită acte abuzive împotriva copiilor (lor) este un lucru

care pătrunde încă cu greu în conştiinţa societăţii. Fostul proxenet Andreas Marquardt a făcut publică povestea suferinţei sale: ani de-a rândul a fost forţat de mama sa să aibă contact sexual cu ea. Autobiografia sa a fost ecranizată sub titlul *Dragoste periculoasă*, film care a fost lansat în cinematografe în anul 2015.

Tauwetter, centrul de consiliere din Berlin pentru bărbaţii care au suferit abuzuri sexuale, sugerează faptul că 25% dintre persoanele care comit abuzuri sexuale asupra băieţilor sunt femei. Psihologul Alexander Markus Homes (2004) a colectat studii realizate în întreaga lume şi consideră că la nivel internaţional 80% dintre agresori sunt femei, iar la nivel naţional, 40%. Dacă ne uităm la informaţiile oferite de oficialităţile însărcinate cu investigarea abuzului sexual, în raportul de expertiză intitulat „Date privind frecvenţa abuzului sexual" găsim chiar la început următoarea frază: „Având în vedere datele disponibile, nu pot fi oferite informaţii exacte cu privire la frecvenţa agresiunilor sexuale asupra copiilor şi a adolescenţilor din Germania". 66 Cifrele variază, deoarece cercetătorii folosesc criterii diferite pentru colectarea datelor. Este considerat ca fiind un act de abuz doar punerea de pietricele sau cioburi de sticlă sub prepuţ sau şi provocarea de arsuri ori penetrarea? Nu în ultimul rând, mai ales în cazul traumelor, memoria este înşelătoare. Or, dovezile se bazează adesea doar pe răspunsurile victimelor. Iar acest lucru prezintă mai multe neajunsuri.

De exemplu, bărbaţii au tendinţa de a reinterpreta experienţa lor de a fi fost victime, conchide Andreas Kloiber într-unul dintre puţinele studii care au fost realizate vreodată în Germania cu privire la abuzul asupra bărbaţilor. „În majoritatea cercetărilor care au clarificat acest aspect, cei mai mulţi dintre subiecţi au evaluat abuzurile sexuale suferite de ei ca fiind irelevante sau chiar pozitive pentru dezvoltarea lor ulterioară". (Kloiber, 2002, p. 25). Totodată, mulţi dintre respondenţi sufereau de alcoolism, erau consumatori de droguri, şomeri sau

aveau probleme psihice grave.

Când vorbim despre abuzuri sexuale, lumea se gândeşte adesea la plăcerea dobândită doar de unul dintre cei implicaţi, la penetrare sau la alte acţiuni care culminează cu orgasmul cel puţin al unuia dintre participanţi. Însă formele agresiunilor sexuale sunt mult mai diverse. Astfel, în cadrul constelaţiilor, clienţii îşi amintesc faptul că, în copilărie, organele lor genitale au fost tratate cu brutalitate în timpul spălării, deoarece mamele lor le considerau ca fiind murdare. Pentru a fi traumatizat este suficient ca mamele să strâmbe din nas atunci când schimbă scutecul sau să ezite atunci când, deşi îi zâmbesc drăgăstos bebeluşului, la vederea organelor lui genitale încremenesc în plan emoţional.

Copiii se identifică cu tratamentul de care au parte. Ei îşi dezvoltă imaginea de sine pe baza a ceea ce experimentează. Dacă li se oferă dragoste, ei se consideră demni de a fi iubiţi. În schimb, dacă bebeluşul sau copilul mic o vede pe mama lui că este scârbită de el sau că îi respinge sexualitatea, el va ajunge la convingerea că ceva nu este în regulă cu el. În acest stadiu timpuriu al dezvoltării el nu poate înţelege că mamei lui îi este frică de toate organele genitale masculine sau că a avut experienţe negative cu bărbaţii, că respingerea, reţinerea sau teama ei nu are nimic de-a face cu el personal. Sabine Bode scrie următorul lucru: „Femeile care au fost violate în copilărie şi care nu au avut parte niciodată de sprijin sau de consolare reprezintă […], în marea majoritate a cazurilor, o otravă pentru fiii lor” (Bode, 2014, p. 215).

Mutilarea genitală

Circumcizia la băieţi îndeplineşte toate premisele unei experienţe traumatizante: faptul de a fi la discreţia cuiva, sentimentul de neajutorate, de neputinţă, senzaţia că ceva se întâmplă împotriva propriei voinţe. Eventual, acest proces este verbalizat de către mulţi oameni – fapt ce duce la intensificarea sentimentelor, în special a sentimentelor de ruşine şi de umilinţă. Ne putem imagina

această situaţie trăită de un adult: înconjurat de străini, propriul sex este operat sub privirea altora, în timp ce protestul şi impulsurile defensive naturale sunt reprimate. Şi toate acestea se petrec, eventual, fără ca persoana să fie anesteziată.

Un bărbat de origine evreiască mi-a spus că, atunci când a fost circumcizat, fratele său mai mic a început să-i lovească pe oamenii din comunitatea ce se adunase să privească. Nici acum, când era adult, nu putea vorbi despre această experienţă fără să se înfurie. Până atunci nici măcar nu se gândise că propria lui operaţie de circumcizie ar fi putut fi traumatizantă pentru el.

În trecut, în registrul de naşteri se putea trece la rubrica „sex” doar genul „masculin” sau „feminin”. Astfel, nou-născuţii cu sex ambiguu trebuiau „corectaţi”. În anul 2012, Consiliul Naţional de Etică din Germania a recomandat ca această lege să fie regândită. Constrângerea de a stabili sexul este o „încălcare a dreptului la viaţă privată şi a dreptului la un tratament egal”. Astfel, abia începând din noiembrie 2013, trecerea în registrul de naşteri în cazul unui copil cu sex ambiguu poate rămâne deschisă. Nu este puţin lucru, căci vorbim totuşi, în funcţie de statistica luată în considerare, de până la patru cazuri din 100 de nou-născuţi. Un exemplu celebru: terapeutul sexual Tiger Devore. El a trebuit să suporte până acum 20 de operaţii genitale, dintre care două au constat în reconstrucţii totale ale penisului. Potrivit propriei sale declaraţii, toate operaţiile au fost nenecesare până la vârsta de 19 ani.

Deoarece în urma unei circumcizii efectuate la vârsta de şase luni lui David Reimer (născut în anul 1965, în Canada) i-a fost vătămat penisul în mod ireparabil, părinţii au decis, la recomandarea sexologului John Money, să-l educe pe David ca pe o fată. El a fost castrat, scrotul său a fost „corectat”, fiind transformat în labii, iar organele sale genitale au fost „ajustate” De la vârsta de doisprezece ani, David, care a primit numele de Brenda, a primit hormoni

sexuali feminini. La vârsta de 15 ani, Brenda a aflat că „ea” se născuse băiat şi s-a supus unui tratament contrar, constând în îndepărtarea sânilor, în efectuarea de injecţii cu ţestosteron şi în faloplastie. La vârsta de 25 de ani, David s-a căsătorit şi a adoptat copii. La 38 de ani s-a sinucis. Potrivit mamei sale, David ar fi fost încă în viaţă, 67 „dacă nu ar fi devenit victima acelui «experiment catastrofal» care i-a provocat atât de multă suferinţă”.

Abuzul emoţional

În Germania, în fiecare an aproximativ 1 300 de viitoare mame îşi ignoră sarcina. Prezenţa a 270 de copii este conştientizată abia atunci când la femei încep brusc durerile naşterii.68 Deşi este alimentat cu hrană şi cu oxigen, timp de nouă luni copilul nu este nici măcar luat în seamă, deci este complet izolat. Cine vrea să-şi facă o impresie despre efectul pe care îl are asupra bebeluşilor lipsa unui contact timp de două minute, să vizioneze videoclipul „Still Face Experiment”.69

Sistemul nostru de ataşament ne permite ca în situaţii de urgenţă să căutăm protecţie la persoanele noastre de ataşament. Însă, când aceste persoane privesc fără să intervină sau când sunt chiar provocatorii suferinţei noastre, impulsurile noastre naturale simt compromise. Cel care ar trebui să ne ofere protecţie devine un pericol. Sistemele noastre biologice, care de obicei se susţin unul pe altul, încep brusc să se lupte între ele – astfel, impulsul către ataşament va ajunge să se opună impulsului de „luptă sau fugă” Ulterior, când mai încearcă cineva să se apropie de noi, vom resimţi teamă. Dragostea ajunge să fie asociată cu abuzul, iar contactul cu propriul corp nu poate avea loc fără ca persoana să nu simtă durere. Atingerea este percepută ca fiind ameninţătoare, faptul de a fi văzut este considerat ca fiind ruşinos. Organul asociat cu trauma este respins în mod inconştient, la fel ca şi sentimentele insuportabile, care nu pot fi integrate. Respingerea inconştientă a organului este cea mai bună protecţie împotriva amintirii traumei. În

psihicul bărbaţilor traumatizaţi apar apoi autoînvinuiri precum „Penisul meu este vinovat pentru tot ce s-a întâmplat”, „Dacă nu aş fi avut erecţie…” sau „Dacă dorinţa mea sexuală nu ar fi fost atât de mare…”

Dacă un băiat creste într-un climat în care bărbaţii sunt 9 9

consideraţi agresori, el nu are nicio posibilitate de a-şi dezvolta o imagine sănătoasă despre sine ca bărbat. El poate încerca apoi să-şi reprime agresivitatea. O strategie folosită ca soluţie ar putea fi aceea de a da impresia că este deosebit de amabil, duios, tandru, emoţional, săritor, orientat către ceilalţi, prudent, modest, gospodar sau altele de genul acesta. Trăsăturile „masculine”, cum ar fi iniţiativa, ambiţia şi capacitatea de a se impune, pot fi abandonate.

„Disfuncţiile sexuale” şi „bolile”.

Faptul că tulburări precum aşa-numita „disfuncţie erectilă” („impotenţa”), „ejacularea precoce” sau „anorgasmia” (absenţa orgasmului) pot fi strategii de supravieţuire devine evident atunci când ne gândim ce funcţii au aceste „tulburări”.

Domnul D a considerat toată viaţa sexul ca fiind o posibilitate de a se relaxa. De doi ani acest lucru nu mai funcţionează. El apelează la Viagra – şi, de aceea, se simte faţă de partenera sa ca un şarlatan. În cadrul constelaţiei el nu poate face deosebirea între iubita sa şi mama sa. În următoarele şedinţe de terapie ies la iveală şi alte probleme importante: el nu s-a simţit niciodată dorit. Nu i s-a permis să-şi arate nevoia de apropiere şi a „învăţat” să se descurce singur. Totodată, era profund dependent de receptivitatea interlocutorului său, astfel încât îi era aproape imposibil să-şi perceapă propria voinţă şi cu atât mai puţin să şi-o urmeze. Aceste probleme i-au influenţat atât de mult viaţa, încât s-a detaşat de senzaţiile sale corporale. Faptul de a-şi percepe propriul corp îi stârnea de-a dreptul frică. El se autocaracteriza ca fiind „un cap cu picioare”.

Domnul D a trebuit să parcurgă mai multe etape până când a reuşit să-şi transforme sexualitatea sa mecanică într-o experienţă satisfăcătoare şi care să susţină toate nivelurile existenţei sale, adică să se simtă în siguranţă în propriul corp, pentru a se putea percepe pe sine însuşi. Să recunoască ruşinea pe care o resimţea ca urmare a respingerii de către mama sa şi să o confrunte. Să-şi permită să simtă nevoia de apropiere, de a fi ţinut în braţe şi de a fi mângâiat, în loc să se fixeze asupra penetrării. Să înveţe să-şi exprime nevoile şi să poată suporta frustrarea cauzată de respingere, fără a fi nevoit să se retragă. Să aibă încredere că persoana din faţa lui îl acceptă. Şi, bineînţeles, să-şi recunoască şi să-şi depăşească frica de propria voinţă. Nu în ultimul rând, el a simţit mereu durerea respingerii. Este vorba despre faptul că nu s-a putut apropia niciodată de mama sa – lucru pe care el l-a considerat mult timp ca fiind propriul său eşec. Totodată, el a înţeles tot mai mult că sexualitatea pe care o trăise înainte fusese doar o supapă prin care încercase să-şi regleze sistemul nervos supraexcitat în mod cronic. Nevoile sale reale erau nevoia de apropiere şi de a stabili relaţii.

Pentru domnul D, drumul către o sexualitate sănătoasă a fost unul foarte lung. Acest exemplu dovedeşte cât de complexă este această funcţie umană fundamentală, despre care de obicei se presupune că se reglează de la sine. Simptomele acestei probleme reprezintă adesea doar vârful unui aisberg. Cine se limitează să investigheze doar funcţionarea organelor, sistemul de conducere a impulsurilor şi nivelul de hormoni, nu va reuşi să înţeleagă complexitatea organismului uman.

Abuzul psihic

O altă strategie de supravieţuire foarte răspândită este „reinterpretarea” experienţei traumatice refulate prin faptul că aceasta dobândeşte o încărcătură erotică. Astfel, industria pornografică trăieşte, de asemenea, pe seama unei clientele care foloseşte scenele de viol pentru

satisfacerea sexuală. Deci amestecul dintre sexualitate şi violenţă nu cunoaşte limite.

În domeniul violenţei şi al sexualităţii trebuie menţionat sado-masochismul. În reportajul de televiziune intitulat „Adio de la viaţa dublă” 70, un bărbat pe nume Walther, soţ şi tată de familie, descrie evoluţia lui către sado-masochism. În timp ce stă la mormântul tatălui său se lasă să se înţeleagă de ce nu poate separa agresivitatea de iubire. În cadrul aceleiaşi emisiuni, o „dominatoare” care îşi câştigă existenţa din practicarea sado-masochismului susţine faptul că, din experienţa ei, această formă de sexualitate este, de obicei, o repunere în scenă a experienţelor de abuz suferit în copilărie.

Iată un exemplu din practica mea: tânărul domn J dorea să-şi cunoască adevărata sexualitate cu ajutorul unei constelaţii, în copilărie avusese parte de multă violenţă. Când a devenit adult, a crezut că poate simţi plăcere atunci când bărbaţii solizi îl „folosesc” ca sclav. „Adevărata lui sexualitate” s-a dovedit a fi dorinţa de a avea parte de atingeri tandre, iubitoare şi de a fi luat în seamă. Sexualitatea în sensul de sexualitate adultă le era complet străină părţilor sale reprezentate în constelaţie. Ele doreau să aibă doar contact fizic, apropiere fizică şi căldură, dar şi un control asupra acestor aspecte.

„Mamă, sex, obiect – o tendinţă populară care o transformă pe femeie într-o icoană a dorinţei sexuale” – acesta a fost titlul unui articol al ziarului DIE ZEIT, publicat în mai 2015, care relata faptul că aşa-numitele MILF (în limba engleză: *Mother I would Like to Fuck*) şi aşa-numiţii DILF (*Dad…* omologii masculini) sunt tot mai râvnite/râvniţi.71 Poate că acest lucru constituie de fapt doar o nouă variaţie sexuală. Totuşi, constelaţiile domnului H au scos la iveală faptul că în spatele predilecţiei sale pentru femei mult mai în vârstă se ascundea abuzul sexual comis de mama sa. Încărcătura erotică îl ajuta să ascundă durerea cauzată de experienţa sa.

Dar atenţie: a deduce din cele descrise aici că toate

preferinţele sexuale care trec dincolo de poziţia misionarului îşi au originea în experienţele traumatizante neelaborate ar fi o limitare care i-ar face pe oameni să se simtă nesiguri şi ruşinaţi. La fel de limitată este şi persoana care consideră că problemele sexuale au drept cauză doar traumele sexuale şi ignoră contextele complexe în care ele apar.

Sexul ca mecanism de supravieţuire în urma traumelor încercările de a depăşi ruşinea îşi au originea în convingeri fundamentale, precum „Ceva e în neregulă cu mine”, „Nu am meritat...”, „Penisul (corpul, sexul) meu este de vină pentru faptul că...” De asemenea, pot fi dezvoltate strategii care au la bază mândria, cum ar fi hipersexualitatea: a avea în fiecare noapte o altă parteneră sau mai multe, una după alta ori chiar simultan. Acest lucru nu este în niciun caz un mit, ci pentru unii bărbaţi este ceva „normal” Problema cu această strategie de supravieţuire în urma traumelor este aceea că, în societatea noastră, bărbaţii sunt apreciaţi pentru faptul că au atât de multă „virilitate”. Astfel, majoritatea bărbaţilor hiperactivi cu greu îşi pun la îndoială „potenţa” şi cu atât mai puţin vor recunoaşte în ea un mecanism de supravieţuire în urma traumei.

A cumpăra sexualitatea este o altă strategie la care o persoană recurge pentru a nu fi nevoită să simtă trauma respingerii. Prin faptul că forţez pe cineva, de obicei o persoană dependentă de bani, să-mi pună la dispoziţie corpul său, pot evita riscul de a-mi aminti de trauma mea iniţială în urma unei eventuale respingeri.

O altă strategie bazată pe mândrie poate fi aceea de a deveni actor porno. În loc să continue să se simtă devalorizată, umilită sau chiar anormală din cauza propriului sex, a organelor sale sexuale, a nevoii de sexualitate sau a sexualităţii sale, persoana caută să obţină recunoaştere în industria pornografică. Astăzi, acest lucru este mai simplu ca oricând, deoarece pe internet există portaluri unde pot fi încărcate filme turnate de oricine.

Astfel, nu puţini oameni chiar dobândesc faimă. Ei cred că în felul acesta se confirmă pe ei înşişi.

Şi dorinţa de a obţine perfecţiunea fizică este o strategie prin care persoana vrea să-şi facă corpul, cu care nu are o relaţie pozitivă, să fie „atractiv”: produsele cosmetice, sala de fitness, injecţiile hormonale, operaţiile etc. ajută la combaterea devalorizării de sine şi a convingerilor de genul „Corpul meu este vinovat pentru tot ce s-a întâmplat”. Pentru a menţiona doar o cifră: cu 2 800 de operaţii de mărire a penisului pe an, Germania este lider mondial în acest domeniu.72 „După părerea mea, cauza motivaţională a autooptimizării nu este «obsesia pentru frumuseţe» sau «obsesia pentru slăbit», ci sentimentul de inferioritate, frica de a nu fi destul de bun” (Ahlers, 2015, p. 191).

Pentru a nu fi nevoită să se mai confrunte cu violenţa de care a avut parte, persoana poate „echilibra” suferinţa, provocând alte agresiuni în mediul său. Ea se foloseşte de oameni în timpul actului sexual, în loc să construiască cu aceştia o relaţie iubitoare, care să-i însufleţească pe ambii parteneri în aceeaşi măsură. Sau persoana devine un exhibiţionist, un violator, un proxenet. Ea vinde adulţi şi copii, îi bate, îi forţează să facă lucruri pe care aceştia nu le-ar efectua niciodată de bunăvoie sau îi omoară în timp ce face sex sau pentru sex. Oamenii sunt consideraţi o marfă cu care se face comerţ şi se câştigă bani. Andreas Marquardt, fostul proxenet pe care l-am menţionat deja, „şi-a manifestat furia împotriva femeilor. În calitate de proxenet, el îşi dispreţuia prostituatele. Le considera doar nişte obiecte destinate plăcerii, pe care le folosea pentru a face profit. «Nu puteam purta o discuţie normală cu femeile»”. 73

La fel de bine, persoana poate deveni un agresor care îşi face rău sieşi. În practica mea am întâlnit bărbaţi care se masturbează în mod compulsiv, sunt dependenţi de pornografie şi/ sau de sex ori s-au infectat cu bună ştiinţă cu boli contagioase. Bill Clegg descrie acest tip de

dependenţă în autobiografia lui (Clegg, 2011). La vârsta de 30 de ani, agentul literar newyorkez de succes a cheltuit 70.000 de dolari şi şi-a ruinat viaţa în decurs de câteva săptămâni, din pricina consumului de cocaină. Cauza acestei activităţi de tip adictiv este adesea o dereglare cronică a sistemului nervos. Atunci când pot fi găsite alte modalităţi de autoliniştire, organismul renunţă la nevoia de a avea orgasme.

Comportamentul autovătămător distruge relaţia de cuplu, ca urmare a dezechilibrului emoţional, a neglijării şi a minciunilor. Şi activitatea profesională are de suferit din cauza acestui lucru, deoarece, în timp ce lucrează, persoana se gândeşte numai la sex, frunzăreşte site-urile pornografice de pe internet sau caută cu înverşunare un partener sexual pe site-urile matrimoniale. Banii simt pierduţi, chiria nu mai este plătită – nu puţine asemenea vieţi se termină într-o ruină totală. În romanul biografic care descrie viaţa legendarului balerin de origine tătară Rudolf Nureev se relatează faptul că, chiar şi în scurtele pauze din timpul spectacolelor sale, el părăsea opera pentru a face sex. El a murit de SIDA, în anul 1993 (McCann, 2005).

Atât timp cât nu ne-am integrat traumele, există o probabilitate foarte mare ca noi să le repunem mereu în scenă, adică să ne căutăm parteneri sau situaţii în care să retrăim ceea ce nu s-a încheiat.

Un tânăr a venit la mine tulburat după ce fusese la un atelier de tantra yoga. Participanţii trebuiau să-şi dezvăluie fanteziile lor erotice cele mai ascunse. Fantezia lui consta în faptul de a fi asaltat, mai mult sau mai puţin prin surprindere, de către nişte bărbaţi străini, de a fi apoi mângâiat şi stimulat sexual, după care să fie abandonat la fel de brusc. Exact acest lucru i s-a înscenat pe neanunţate pe parcursul weekendului. El suferise o disociere şi încă nu se regăsise pe sine în zilele ce trecuseră de atunci. În constelaţia sa a ieşit la iveală faptul că această fantezie sexuală nu era o simplă creaţie a minţii sale, ci mai

degrabă o reflectare a experienţei pe care o suferise în copilărie: fusese asaltat şi abandonat potrivit nevoilor adulţilor şi nu celor proprii – el fusese dat spre adopţie imediat după naştere.

Terapeuta sexuală Esther Perei spune următorul lucru: „Spune-mi cum ai fost iubit pe când erai copil şi o să îţi spun cum faci dragoste acum, când eşti adult”. 74

Procesarea traumei în cazul ideal, problemele asociate cu sexualitatea masculină au drept cauză o experienţă traumatizantă concretă, deplasându-se, astfel, din interior spre exterior. Simptomele pot fi atribuite brusc unei experienţe, iar consecinţele pot dispărea.

Aşa s-a întâmplat şi în cazul domnului R, care a venit la cabinetul meu din cauza unei inflamaţii cronice a uretrei. Tratamentele medicale convenţionale şi homeopate nu au reuşit să elimine problema. În cadrul constelaţiei a ieşit la iveală faptul că mama sa l-a confundat încă de la naşterea sa cu agresorul a cărui victimă fusese. Pe parcursul mai multor şedinţe, el a reuşit să se apropie tot mai mult de eul său şi şi-a clarificat imensa sa confuzie de identitate. Infecţia a dispărut.

Acest drum este un drum sinuos, care nu duce întotdeauna la destinaţie. Faptul de a vedea mereu cât de prost ai fost tratat duce adesea la intensificarea ruşinii de a fi trăit aşa ceva, de a fi avut asemenea părinţi.

În urma unei asemenea experienţe traumatice ieşim nu doar răniţi şi neputincioşi, ci trauma produce, de asemenea, „o zdruncinare pe termen lung a înţelegerii de sine şi a înţelegerii asupra lumii” (Fischer şi Riedesser, 1999, p. 79). Această zdruncinare ia naştere din faptul că rămânem identificaţi cu experienţele traumatizante care generează distorsiuni ale identităţii – acestea conduc mai departe la formarea unor credinţe limitative cu privire la propria persoană. Însă aceste convingeri nu simt nişte decizii cognitive la care se ajunge cântărind argumentele pro şi contra. La nivelul traumei, aceste convingeri sunt nişte reacţii autonome, de ordin fizic, emoţional şi mental,

care influenţează experienţele noastre de zi cu zi. Ele influenţează „habitudinile noastre perceptuale şi procesul automat prin care noi dăm, fără să ne gândim, o semnificaţie experienţelor noastre” (Kurtz, 2002, p. 36).

Odată instalate, aceste distorsiuni ale identităţii acţionează ca nişte filtre prin care interpretăm realitatea. Prin intermediul lor percepem relaţiile noastre, activitatea noastră, simţim această lume. Aceste modele inconştiente stocate în memoria implicită a corpului nostru ne controlează gândirea, sentimentele şi acţiunile. Ele ne permit să ne comportăm într-un anumit fel cu ceilalţi şi cu noi înşine şi ne modelează ideile şi fanteziile despre sexualitate. Suntem atât de convinşi de realitatea lor, încât considerăm că ele reprezintă adevărul. Ne vine greu să credem că şi altceva în afara lor este adevărat. Ele ne fac să ne simţim neiubiţi şi, în plus, incompleţi, agasanţi, invizibili sau în alt mod, chiar dacă a trecut mult timp de când a avut loc situaţia de viaţă traumatizantă – adesea, zeci de ani.

Întrucât identificările, distorsiunile identităţii şi convingerile nu sunt percepute în mod conştient, ele nu pot fi depăşite cu ajutorul afirmaţiilor pozitive, al meditaţiilor sau prin schimbări comportamentale conştiente. Este greu să renunţi la ele. „Cine mai simt eu dacă renunţ la mecanismele mele de supravieţuire?” m-a întrebat de curând un client. Punând la îndoială propria identitate, considerată a fi adevărată, se ajunge de fapt într-un vid emoţional, care îi sperie pe mulţi oameni. Aici trebuie lucrat din punct de vedere terapeutic.

Constelaţiile reprezintă o metodă cu ajutorul căreia aceste distorsiuni pot fi aduse în lumina conştiinţei. Dacă sunt percepute în mod conştient, ele pot fi corectate atunci când sunt trăite în cadrul constelaţiei. Însă de-a lungul drumului există unele obstacole.

Autoagresivitatea

De îndată ce ne simţim ameninţaţi, sistemul nostru nervos declanşează reacţia de tipul „luptă sau fugă”, lucru

care la nivel emoţional poate fi perceput drept furie – însă adesea este confundat cu frică. Totuşi, atunci când lupta sau fuga ne reduc şansele de supravieţuire, noi ne reprimăm impulsul nostru natural spre agresivitate. Din acel moment începem să ne luptăm cu noi înşine. Această dinamică de tipul agresor-victimă iese adesea la iveală în cadrul constelaţiilor.

În situaţia traumatică, sentimentul de furie este conectat cu anxietatea, altfel spus cu teama de nu pierde relaţia noastră de ataşament. Întrucât aceste părţi ale personalităţii nu se dezvoltă, de obicei această frică va continua să existe şi la maturitate. Atunci când acest lucru devine vizibil în cadrul unei constelaţii, este important ca persoana pentru care se face constelaţia să trăiască acea experienţă şi totodată să i se arate oportunităţile care astăzi, în calitate de adult, îi stau la dispoziţie. Abia atunci când i se deschide posibilitatea de a se ataşa chiar de propria persoană, respectivul individ va putea renunţa la identificarea cu persoanele de ataşament.

Bariera ruşinii şi bariera vinovăţiei

Nu rareori, distorsiunile identităţii se ascund în spatele unui scut protector al ruşinii. Individul nu a reuşit să facă faţă unei situaţii. El se simte inferior, un ratat. Dezvoltă autoacuzaţii de genul: „Dacă m-aş fi străduit mai mult…”, „Dacă n-aş fi fost aşa sau aşa, aş fi fost iubit”.

Ruşinea este considerată a fi un sentiment. Privită mai îndeaproape, ea este de fapt o reacţie autonomă. Odată declanşată, ceafa se apleacă în faţă, umerii se lasă în jos, pieptul se îngustează, totul se contractă. Persoanele afectate întrerup contactul şi evită privirea. O persoană ruşinată nu poate nici măcar să perceapă că persoana din faţa sa este bine intenţionată, experienţa corectivă nu poate fi integrată – aşa se ajunge la un cerc vicios care devine foarte vizibil în cadrul constelaţiilor.

Persoana ruşinată vrea să se ascundă. În cel mai rău caz, ruşinea declanşează impulsul de a dispărea complet: în anul 2010, destinul lui Tyler, în vârstă de 18 ani, a ajuns

în mass-media. Un coleg de cameră l-a filmat în secret cum acesta săruta un băiat şi a scris pe Twitter următorul lucru: „Colegul meu de cameră este homosexual!” Pentru a dovedi acest lucru, el a trimis filmul în toată lumea. Ulterior, Tyler şi-a luat viaţa.75

Ruşinea „decide asupra modului în care oamenii îşi trăiesc viaţa”, spune prof. dr. Stephen Porges. „Ruşinea declanşează la nivel fizic reacţii care semănă foarte mult cu o ameninţare la adresa vieţii (…) Când oamenii se ruşinează, îşi pierd capacitatea de a se comporta conform voinţei lor”. 76

John Bradshaw defineşte ruşinea ca fiind o „manieră toxică de a exista” („*toxic state ofbeing*”). „Ruşinea, ca identitate, este toxică şi dezumanizantă (…) Ea este insuportabilă şi trebuie camuflată, necesită dezvoltarea unui sine fals (…) De îndată ce persoana acceptă un sine fals, ea încetează să mai existe din punct de vedere psihic”. (Bradshaw, 2005, p. XVII) „Ruşinea este corelată cu adicţiile, cu depresia, cu violenţa, cu agresivitatea, cu *bullyingul*, cu suicidul şi cu tulburările de comportament alimentar”, adaugă Brene Brown, sociolog la Universitatea din Houston.77

Afirmaţia Janinei Fischer, colaboratoarea expertului în tratamentul traumei Bessel van der Kolk, corespunde experienţei mele practice: „Persistenţa reacţiilor de ruşine, chiar şi după mai mulţi ani de la tratarea traumei, reprezintă un obstacol pentru rezolvarea completă a traumei”, 78 deoarece ruşinea împiedică persoanele afectate să împărtăşească ceea ce au trăit. În plus, apare un alt cerc vicios: majoritatea oamenilor se ruşinează pentru ruşinea lor. Nu rareori ei chiar se dispreţuiesc pentru asta şi se ocărăsc sau se urăsc pe ei înşişi: „Acum te retragi din nou. Nu fi atât de sensibil! Câtă terapie mai vrei să faci? Eşti un caz lipsit de speranţă!” Pe de altă parte, dacă trauma este adusă la lumina zilei într-un cadru neprotejat sau este abordată incorect, ea poate intensifica reacţia de ruşine.

La fel se întâmplă şi cu sentimentele de vinovăţie: dacă cineva explorează împreună cu victimele abuzului sexual sentimentele lor asociate cu acea experienţă, va ajunge adesea la sentimente de culpă. Spre deosebire de fete, băieţii nu-şi pot ascunde excitaţia, corpul lor o arată. Exact acest lucru este folosit de către agresori (şi agresoare), pentru a-i convinge că relaţia abuzivă le face plăcere şi că ei înşişi de fapt şi-o doresc. Astfel, victimele abuzului sexual se simt adesea vinovate de faptul că simt plăcere în timpul actului. Uneori sunt chiar convinse că ele însele au provocat abuzul. Nu rareori, băieţilor heterosexuali care sunt abuzaţi de agresori de sex masculin le este teamă să nu fie homosexuali.

Potrivit lui Gahleitner, victimele care sunt abuzate sexual de către mamele lor sunt supuse unei duble constrângeri (*double bând*): „Dacă [victima] a avut sentimente pozitive în situaţia de abuz, atunci s-ar presupune că nu a fost vorba despre un abuz; dacă, pe de altă parte, nu s-a întâmplat aşa, victima va fi stigmatizată ca fiind anormală sau homosexuală, întrucât sexul nu-i provoacă plăcere” (Gahleitner, 2005, p. 70). Indiferent ce simte un băiat abuzat, el va pierde.

După ce am ţinut o prelegere despre sexualitate şi ruşine, domnul N a formulat următoarea intenţie: „Eu vreau să intru în contact cu ruşinea mea”. Reprezentantul cuvântului EU şi-a plecat imediat ochii şi *a* încremenit. Domnul N a încercat să-l încurajeze, să-l asigure de afecţiunea şi de înţelegerea lui. Şi, întrucât nimic nu părea să funcţioneze, în cele din urmă a vrut să-l îmbrăţişeze. Însă EUL său s-a dat speriat înapoi. O urmă de furie a apărut pe faţa domnului N. Imediat a vrut să aducă în constelaţie reprezentantul unei alte părţi, însă eu l-am sfătuit să n-o facă, întrucât era evident că se confrunta deja cu ruşinea sa, pe care însă nu o recunoştea.

L-am întrebat pe domnul N cum îşi percepe EUL. „Ca fiind distant”, a răspuns el. I-am spus impresia mea: „EUL tău nu vrea să fie îmbrăţişat, ci vrea să fie băgat în seamă.

Cu toate sentimentele lui”. L-am sfătuit să facă, la rândul său, un pas înapoi şi să păstreze o distanţă sănătoasă. EUL său a răsuflat uşurat. I-am comunicat domnului N dinamică a ceea ce s-a întâmplat: faptul de a nu se lua pe sine însuşi în seamă provoacă încremenire şi rezistenţă. Faptul de a-şi acorda un spaţiu pentru trăirile proprii, de a-şi înţelege propriile nevoi generează încredere.

Când a înţeles acest lucru, domnul N şi-a pus mâna pe inimă. L-am întrebat ce simte sub mâna lui. El a răspuns: „O durere profundă”. L-am întrebat dacă poate oferi un spaţiu acestei dureri. Domnului N i-au dat lacrimile. Şi-a amintit cum în copilărie trebuia să se prefacă, adică trebuia să intre în joc atunci când cineva îi invada intimitatea. Şi-a amintit cum nu i se permitea să fie cine era el cu adevărat şi cum se ruşina pentru faptul că nu se simţea demn de a fi iubit.

Îi răspund că acum el îşi face singur ceea ce alţii i-au făcut în copilărie. Acest lucru îi provoacă domnului N un alt val de durere. EUL său îşi ridică capul. Cu cât domnul N înţelege mai mult că şi-a închis inima faţă de el însuşi, cu atât EUL său iese mai mult din starea de încremenire. În cadrul unui proces care a durat mai bine de o jumătate de oră, el şi-a mişcat uşor braţele, şoldurile sale au devenit treptat flexibile şi, în cele din urmă, a reuşit să meargă cu paşi mici. La sfârşit, EUL deschide ochii şi-l priveşte pe domnul N. Procesul interior, de la ruşinea imensă până la acceptarea de sine, devine vizibil şi în exterior.

Două luni mai târziu, domnul N mi-a scris un e-mail: „M-am bucurat foarte mult că m-ai însoţit în cadrul procesului «devenirii» mele. M-ai ajutat foarte mult în această privinţă. Încă mă gândesc la acea constelaţie şi sunt foarte recunoscător pentru evoluţia care a avut loc datorită ei. Vreau să-ţi mulţumesc şi să împărtăşesc cu tine bucuria mea”.

Bibliografie

Ahlers, C.J. (2015): *Himmel auf Erden und Hölle im Kopf*. München: Goldmann

Bode, S. (2014): *Kriegsenkel*. Stuttgart: Klett-Cotta

Bradshaw, J. (2005): *Healing the Shame That Binds You*. Deerfield Beach, FI/USA: Health Communications, Inc.

Clegg, B. (2011): *Porträt eines Süchtigen als jünger Mann*. Frankfurt/M.: S. Fischer

Fischer, G. & Riedesser, P. (1999): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: UTB

Gahleitner, S.-B. (2005): *Sexuelle Gewalt und Geschlecht*. Gießen: Psychosozial

Homes, A.M. (2004): *Von der Mutter missbraucht*. Norderstedt: Books on Demand

Kloiber, A. (2002): *Sexueller Missbrauch an Jungen*. Kröning: Roland Asanger

Kurtz R. (2002): *Hakomi*. München: Kösel

McCann, C. (2005): *Der Tänzer*. Reinbek: Rowohlt

Schlingmann, T. (2016): „Mythen und Fakten", în: Deutsche Kinderhilfe (2016): *Praxisleitfaden Kinderschutz*

Stephan Konrad Niederwieser, n. 1962, este medic naturist din anul 1989, precum şi specialist în terapii Hakomi şi NARM (Neuro-Affective Relaţional Model). Este autorul a 28 de cărţi care au fost traduse, printre altele, în limbile engleză, poloneză şi cehă. Zece dintre ele sunt ghiduri sexuale. Stephan Konrad Niederwieser locuieşte şi lucrează în Berlin, unde are propriul său cabinet particular.

www.Stephan-niederwieser.de

ANDREA TIETZ

Menopauza ca şansă pentru o schimbare a perspectivei

Menopauza şi trauma psihică

„Dacă aş fi putut, în acea perioadă m-aş fi detaşat cu totul de propria-mi persoană", mi-a declarat de curând o prietenă, când i-am povestit despre cercetările mele referitoare la menopauză. Multe femei s-au detaşat deja de propria lor persoană cu mult timp înainte. Unele simptome ale menopauzei sunt cauzate tocmai de această detaşare

timpurie de propriul eu – adesea aceste simptome oferă totodată informaţiile necesare vindecării. Aceste experienţe şi constatări le-am aflat în cabinetul meu particular de la numeroase femei.

Este surprinzător faptul că pe tema menopauzei există puţină literatură de specialitate sau puţine ghiduri bazate pe studii empirice. Femeile răspund adesea spontan: „Eu? încă nu am ajuns acolo!” Se pare că este încă un tabu faptul de a vorbi deschis despre acest subiect. Acest lucru poate avea de-a face şi cu faptul că în societatea noastră, în care tinerii au o superioritate numerică, îmbătrânirea este devalorizată. Bineînţeles că există studii şi ghiduri cu privire la terapia de substituţie hormonală, însă ele nu explică modul în care ia naştere suferinţa psihică, în ce priveşte această problemă, femeile sunt lăsate de obicei singure. Până acum, noi, femeile, nu ne-am putut explica decât în mod insuficient de ce ne simţim „inconfortabil” la menopauză.

În cei 25 de ani în care am practicat profesia de medic naturist, posibilităţile de vindecare ale simptomelor menopauzei cu ajutorul remediilor naturiste nu m-au convins cu adevărat. Lucrez de ani de zile în plan psihosomatic. Metoda constelării intenţiei, pe care a dezvoltat-o Franz Ruppert, înlesneşte nu doar descoperirea traumelor psihice suferite în copilărie, ci şi vindecarea lor. De aceea, m-am întrebat ce legătură există între simptomele menopauzei şi trauma psihică şi ce consecinţe are menopauza asupra dezvoltării identităţii femeilor aflate în această perioadă de „schimbare” (corespondentul german pentru „menopauză” este *Wechseljahre*, care literal înseamnă „anii de schimbare” – *n. red.*).

Cu ajutorul metodei constelaţiilor dezvoltate de către Franz Ruppert (Ruppert, 2014), putem explica de ce un anumit tip de ajustare la stres avea sens pentru perioada copilăriei;

modul în care clivajul experienţelor traumatice

influenţează relaţia cu propriul nostru eu, cu voinţa noastră şi cu propriile noastre impulsuri;

modul în care calea către această aşa-numită „a treia jumătate a vieţii” poate fi netezită ca urmare a înţelegerii acestor transformări.

Cu cât îmbătrânim, cu atât devine mai mare nevoia de a ne accepta propriul „eu”. Sentimentul de a nu fi niciodată suficient de buni, dorinţa de a ne autoperfecţiona pentru a-i mulţumi pe ceilalţi, efortul pe care îl depunem pentru a corespunde imaginii pe care ceilalţi şi-au făcut-o despre propria noastră persoană, toate acestea se diminuează. În schimb, în cazul multor femei apare dorinţa de a putea spune despre sine: „Ştiu cine sunt şi pentru ce vreau să trăiesc”.

Chiar dacă subiectul este la fel de important pentru ambele sexe, în acest capitol analizez problema menopauzei şi a consecinţelor acesteia asupra dezvoltării identităţii „femeilor aflate în perioada schimbării”. În cadrul grupurilor formate din femei aflate la menopauză pun la dispoziţie informaţii şi date legate de acest subiect. Descoperirile din domeniul cercetării creierului, din teoria ataşamentului şi din psihologia dezvoltării servesc ca bază pentru activitatea practică.

Suferinţa diferă de la o femeie la alta /

Când se referă la menopauză, medicina convenţională vorbeşte despre „sindromul climacteric”, o combinaţie tipică de simptome datorate modificărilor echilibrului hormonal. Simptomele menopauzei sunt variate: atacuri de panică nocturne, palpitaţii, valuri de transpiraţii, senzaţia de suprasolicitare, anxietate generalizată, performanţă scăzută, pierderea libidoului, creşterea în greutate, probleme în relaţia cu partenerul, simptome depresive cauzate, de exemplu, de dorinţa neîmplinită de a avea un copil. Femeile îşi pun din nou întrebări legate de sensul vieţii.

Aproape toate femeile pe care le cunosc au simptomele mai sus menţionate, însă fiecare femeie este

dominată de un anumit simptom. Ele suferă în special din cauza pierderii unor abilităţi şi calităţi care le defineau în trecut. Femeile spun, de exemplu: „Înainte nu-mi era niciodată frică!”, „Am fost întotdeauna suplă!”, „Sexul nu a fost niciodată o problemă pentru mine!”, „Nu mă înroşeam niciodată!” sau „Am avut întotdeauna mai multă energie decât oricine altcineva!”

De ce suferinţele femeilor diferă aşa de mult între ele? Pentru a răspunde la această întrebare, vom căuta legătura cu simptomele specifice în biografia fiecărei femei în parte. Aceasta înseamnă că o rezolvare sau o vindecare devine posibilă atunci când acordăm mai multă atenţie acelui simptom „odios”.

Simptomele, un soi de indicatoare rutiere în cadrul terapiei iese adesea la iveală faptul că acea suferinţă care devine predominantă la menopauză (de exemplu: „Am fost întotdeauna puternică!”) reprezintă o parte supravieţuitoare a femeii. Partea supravieţuitoare ne indică, de asemenea, şi calea către originea sa: o traumă. În această etapă plină de „provocări” a vieţii unei femei adulte aflate în perioada „schimbării”, forţele compensatorii care până acum au ajutat-o să ţină trauma sub control cu ajutorul părţii supravieţuitoare nu mai sunt suficiente. Simptomul este perceput acum ca fiind o „boală”.

Experienţele traumatice din viaţa femeii, care s-au petrecut în perioada copilăriei timpurii şi/sau influenţele suferite din partea generaţiei părinţilor sau a bunicilor au determinat-o pe fetiţă să se adapteze, pentru a deveni parte a comunităţii, a familiei – astfel, a apărut un program de supravieţuire, aspect necesar pentru copiii traumatizaţi. Trauma nu trebuie neapărat să fie declanşată de o experienţă de război, de un accident sau de o catastrofă naturală. Devalorizarea permanentă, lipsa afecţiunii, desconsiderarea în faţa celorlalţi pot fi traumatizante atunci când copilul nu posedă capacitatea de a depăşi într-un mod sănătos situaţia dificilă. Psihicul caută soluţii

pentru a face faţă suprasolicitării. Iar „soluţia” înseamnă adesea un clivaj – clivajul („splitarea”) ca strategie de supravieţuire în urma traumei.

De exemplu, în perioada menopauzei, Gisela a suferit tot mai mult de atacuri de panică şi de stări de suprasolicitare. Dorinţa ei firească era aceea de „a funcţiona la fel ca înainte” în acest context mi-a cerut s-o ajut să-şi întărească părţile supravieţuitoare – aceasta este una dintre cele mai frecvente intenţii ale clientelor mele aflate la menopauză. În cadrul colaborării noastre, cel mai important obiectiv terapeutic a fost acela de a recunoaşte faptul că partea ei supravieţuitoare nu este o „resursă” care stimulează vindecarea şi că astăzi vechiul tipar comportamental învăţat în perioada copilăriei nu mai este util în forma sa actuală. Faptul de a se agăţa de acel vechi tipar o împiedica să evolueze. Capacitatea de a se dezvolta şi vindecarea apar numai atunci când tiparele comportamentale rigide ale părţii supravieţuitoare sunt înlăturate.

Menopauza nu este o boală

Eu folosesc în mod conştient cuvântul „suferinţă” şi nu vorbesc despre „simptom” Căci termenul de „simptom” este în general utilizat pentru a sugera existenţa unor modificări patologice. Menopauza nu este o boală – deşi adesea aşa este percepută ea în mod subiectiv. „Scalele de evaluare pentru menopauză” conţin întrebări referitoare la simptome fizice, precum bufeuri, probleme ale tractului urinar sau dureri musculare. Simptomele asociate cu scăderea nivelului de hormoni includ şi anomalii care sunt atribuite stării psihice. Tulburările de somn, iritabilitatea, starea depresivă sau anxietatea simt considerate şi de către medicina convenţională ca fiind factori care afectează calitatea vieţii.

Şi în medicina convenţională se vorbeşte despre percepţia subiectivă a simptomelor. Acest lucru este confirmat de un studiu realizat de Kerstin Weidner, psiholog la Spitalul Universitar din Dresda. Ea a cercetat

relevanţa „scalelor de evaluare pentru menopauză” în concluzie, ea afirmă în mod explicit: „Conform literaturii ştiinţifice, simptomele care apar în perioada climacteriului nu ar trebui să fie puse în mod pripit doar pe seama modificărilor hormonale”.

Acest lucru confirmă constatarea mea, potrivit căreia există o legătură puternică între simptomele menopauzei şi psihic. În general se spune că o treime dintre femei au o menopauză fără simptome ieşite din comun, o treime au simptome moderate şi o treime suferă de un sindrom climacteric accentuat.79 Studiile recente dedicate analizării consecinţelor intergeneraţionale ale traumei indică faptul că, în cazul femeilor din ultimul grup, există în creier urme ale unei traume timpurii, ce pot fi dovedite cu ajutorul tehnicilor imagistice bazate pe rezonanţa magnetică.80 Pentru această treime a femeilor extrem de afectate, factorii care intensifică simptomele sunt: fluctuaţiile hormonale puternice caracteristice premenopauzei (care începe, în medie, între 45 şi 50 de ani), precum şi scăderea continuă a producţiei de hormoni sexuali. În special scăderea nivelului de estrogen duce la creşterea iritabilităţii (Riecher-Rossler, Kühl şi Bitzer, 2006). Stările psihice care până în acel moment au fost „uşor de gestionat” se intensifică, ducând la suferinţă. Potrivit modelului vulnerabilitate-stres, limita suportabilităţii stresului este acum depăşită. Acest lucru duce la apariţia motivaţiei femeii de a analiza cauzele refulate şi totuşi stresante ale suferinţei actuale. Aşadar, în ceea ce priveşte menopauza, un „simptom” este mai degrabă un indicator rutier al drumului către însănătoşire, nu un semn de boală.

Menopauza ca perioadă de viaţă necesară dezvoltării personale

Eu consider că menopauza este – la fel ca şi alte situaţii „debilitante” – o perioadă de tranziţie. Este asemănătoare unei perioade ce succedă unei boli grave sau unei pierderi. Este o perioadă în care, din cauza

transformărilor petrecute în organism, scade puterea de a conserva programele de supravieţuire dezvoltate în copilărie. Menopauza nu generează noi simptome, ci scoate la iveală probleme care există deja de mult timp. De aceea menopauza este o perioadă ce conţine oportunităţi fundamentale de dezvoltare personală. Iar acest lucru duce la schimbarea totală a perspectivei. Accentul este pus pe posibilitatea dezvoltării – şi nu pe pierdere sau pe degradare, aşa cum este caracterizată de obicei această perioadă.

Femeile pot recunoaşte acum modul în care simt controlate de strategiile de supravieţuire la traumă.

Acum ele pot înţelege şi simţi stresul pe care aceste strategii îl generează (căci ele provoacă stres, în loc să-l modereze).

Femeile pot încerca să descifreze programele de supravieţuire dezvoltate în copilărie şi pe care le-au folosit ca soluţii de urgenţă; şi pot vedea în ce moduri vor putea pune în loc alte abilităţi noi şi utile.

În cadrul atelierului pentru femei ce poartă titulatura „Menopauză – o boală?", lucrăm foarte mult cu metoda constelării intenţiei în căutarea propriei identităţi. În felul acesta, adesea femeile nu se vor mai lăsa distrase de evenimente exterioare şi/sau nu vor mai permite să fie controlate şi influenţate. Femeile îşi dau seama acum de ce suferă în anumite situaţii. Pentru aceasta, ele fac schimb de experienţă între ele. În felul acesta acceptarea socială se intensifică. Femeile sunt mai binevoitoare cu ele însele şi dobândesc o nouă bucurie de a trăi. În şedinţele individuale cu clientele şi în cadrul acestor „grupuri de femei aflate la menopauză" am văzut cum, în urma procesării suferinţei lor fizice şi psihice, nu doar că au reuşit să accepte procesul de schimbare caracteristic îmbătrânirii, ci au profitat şi de şansa de a-şi dezvolta un eu sănătos şi sentimentul de a se simţi bine în propria lor piele.

În cadrul şedinţelor de grup sau în cele individuale

femeile analizează cauzele suferinţei lor subiective. Atât simptomele fizice, cât şi cele psihice generează întrebări precum: „Cum şi cine sunt eu cu adevărat?”, „Ce concepţii despre sine am adoptat?”, „Pot decide cu adevărat în mod liber sau reacţionez pe baza automatismelor învăţate?” Prezint mai jos câteva exemple care sunt reprezentative pentru multe femei ce s-au deschis pentru a se confrunta cu propriile lor părţi interioare. Nu sunt „poveşti”, ci expuneri ale unor biografii feminine, care simt asociate cu emoţii puternice. În cadrul lor, femeile îşi recunosc clivajele din copilărie, îşi amintesc de experienţele lor dureroase şi, în cele din urmă, îşi regăsesc părţile lor sănătoase şi utile, care au fost abandonate cu mult timp în urmă.

Voi spune povestea lui Heike, care este mâhnită deoarece nu şi-a putut întemeia propria familie; voi spune povestea Christei, a cărei sexualitate este afectată de modificările masive la nivelul membranelor mucoase; voi relata istoria Katjei, care, de când fiica ei a părăsit casa părintească, îşi simte profunda ei singurătate şi încearcă să dobândească mai multă energie pentru ea însăşi; şi voi spune povestea Giselei, care vrea să ştie de ce abdomenul ei este atât de voluminos.

Gisela: „De ce abdomenul meu este atât de voluminos?”

Gisela s-a născut în anul 1962, este căsătorită, are un fiu adult şi face parte din grupul femeilor aflate la menopauză încă de la înfiinţarea acestui grup. Gisela este o femeie plină de viaţă, independentă, care pare a fi foarte încrezătoare în forţele proprii. La început, ea stă aşezată, râzând de intenţia pe care a formulat-o, şi anume, „De ce abdomenul meu este atât de voluminos?” O întreb dacă are idee cu ce-ar putea fi asociată această problemă. Starea de spirit a Giselei se schimbă brusc. Ea povesteşte cu o voce înăbuşită şi cu ochii plini de lacrimi despre atacurile de panică pe care le are atunci când este singură şi despre epuizarea pe care o resimte – în cel mai rău caz, aceste

lucruri o fac ulterior să leşine. Tatăl ei a fost un tiran, atât din punct de vedere verbal, cât şi fizic. Îi era permanent frică de el, dar nu i-a arătat-o. „Dimpotrivă”. Însă astăzi, în ciuda experienţei sale stresante din copilărie, ea vrea mai întâi să înţeleagă de ce abdomenul ei creşte încontinuu.

Gisela alege mai întâr din grupul de femei o reprezentantă pentru cuvântul ABDOMEN. Cele două se ţin de mâini, iar ABDOMENUL începe imediat să descrie ceea ce simte: spune că are o senzaţie de preaplin în abdomen şi o stare de contractare – ea trebuie să ţină totul în ea. Gisela confirmă această percepţie. Ea alege apoi una după alta reprezentante pentru ceilalţi termeni ai propoziţiei intenţiei sale. DE CE spune că aproape îi vine să leşine din cauza temerilor şi a panicii. ESTE confirmă ceea ce spune DE CE şi întăreşte faptul că încă nu s-a terminat – *este* la fel ca înainte. Ea descrie cât de prudentă este şi că trebuie să sondeze terenul pentru a depista eventualele pericole.

Gisela urmăreşte cu atenţie toate afirmaţiile şi pune în ordine informaţiile primite: „Da, am mereu această teamă şi panică, mai ales când sunt singură. Simt că strâng toate aceste emoţii în abdomen şi le ţin acolo”. Ea aduce în joc acum cuvântul MEU. MEU pare anxioasă şi spune că este încă foarte mică. Se îndepărtează de toată lumea – ba chiar se ascunde. Când Gisela o întreabă de ce face asta, MEU răspunde: „Tu nu poţi avea grijă de mine – nici nu mă vrei”. Gisela confirmă şi acest lucru. îl recunoaşte pe MEU ca fiind o parte traumatizată din copilărie şi recunoaşte şi suferinţa acesteia. Însă ea are mai degrabă dispreţ faţă de pretinsa slăbiciune în loc să arate compasiune pentru ea însăşi. Gisela încheie şedinţa de astăzi în acest punct, constatând că temerile s-au localizat în abdomenul ei. Îşi propune să-şi analizeze mai îndeaproape rănile şi sensibilitatea.

În copilărie, Gisela a învăţat să-şi „înghită” teama. Emoţiile şi „slăbiciunea” au fost declanşate de tatăl ei care a terorizat-o. Gisela a fost nevoită să dezvolte un fel de

gândire anticipativă care trebuia să o protejeze la acea vreme cât mai mult de atacurile tatălui său. Şi astăzi ea spune: „Trebuie să muncesc până rezolv totul şi să planific totul dinainte” – ceea ce este foarte important pentru ea, ca strategie de supravieţuire. Altminteri nu poate suporta neliniştea şi teama.

În urma confruntării cu partea ei supravieţuitoare, Gisela a reuşit să se înţeleagă mai bine pe ea însăşi. În următoarele constelaţii ea s-a apropiat treptat de partea înspăimântată şi traumatizată a copilului din interiorul ei. Ea a intrat în contact cu o aptitudine pe care la acea vreme a trebuit să o cliveze: capacitatea de a fi în stare să aibă grijă de ea însăşi, ocupându-se de rănile ei, în loc să-şi „îndese” emoţiile în abdomen. Gisela poate reacţiona acum într-un mod mai flexibil la evenimentele vieţii, în loc să aibă reacţii automate. Aceasta înseamnă că poate structura bine lucrurile, însă nu trebuie să gândească doar anticipativ, intrând în panică. Ea a devenit mai flexibilă şi-şi poate arăta mai bine sentimentele. Abdomenul ei este uneori mai voluminos, alteori mai plat – însă între timp alte lucruri au devenit mai importante pentru ea.

La acel moment, Gisela trăia încă într-o stare de ameninţare interioară – o consecinţă a traumei psihice suferite în copilărie. La circumstanţe care aminteau chiar şi vag de situaţia stresantă din trecut, ea reacţiona recurgând la modelul ei de supravieţuire. Din punctul de vedere al fiziologiei creierului, această reacţie poate fi pusă pe seama amigdalei, a cărei sarcină este aceea de a verifica dacă situaţiile de viaţă conţin pericole. Ea declanşează reacţii imediate, chiar înainte de a fi efectuate acţiuni conştiente. Simţim cum amintirea traumei este depozitată în corp. În lucrul cu constelaţiile, aspectele inconştiente pot ajunge în conştient, iar noi putem înceta să mai privim viaţă printr-un „scaner de detectat traume”.

Katja: „Cum îmi pot eu dobândi puterea?”

Katja are 54 de ani, s-a separat de soţul ei şi are o fiică în vârstă de 18 ani. Este o persoană plină de viaţă şi

activă, care, datorită capacităţii sale evidente de a empatiza cu ceilalţi, este adesea aleasă ca reprezentantă. De data aceasta este important pentru ea să facă, cu orice preţ, o constelaţie pentru ea însăşi. Povesteşte printre lacrimi faptul că fiica ei, care acum este majoră, se află într-o călătorie şi că, după se va întoarce acasă, se va muta. Însă ea nu plânge din acest motiv. Dimpotrivă, după plecarea ei s-a simţit mai degrabă puternică şi încrezătoare în sine şi s-a implicat intens în planificarea viitoarei sale cariere de antrenor şi îndrumător de echipă. Ulterior şi-a pierdut brusc şi în mod inexplicabil toată energia, lucru care a speriat-o şi a făcut-o să dispere.

Intenţia ei sună în felul următor: „Cum îmi pot eu dobândi puterea, astfel încât eu să nu mă mai simt atât de părăsită?” Fraza formulată de Katja conţine de două ori cuvântul „eu” Ea începe cu primul EU, care se arată imediat încrezător în sine şi puternic. Următorul cuvânt pe care îl alege Katja este cuvântul PUTERE. Ea alege pentru acest termen o participantă care în exteriorul grupului pare a fi independentă şi stabilă. PUTEREA se arată imediat vulnerabilă şi îmbufnată şi se îndepărtează de EU spunând: „Nu-ţi mai stau *aşa* la dispoziţie”. EUL reacţionează cu dispreţ şi în mod ofensiv.

Katja adaugă apoi cuvântul CUM. Reprezentanta acestui cuvânt se solidarizează cu EUL şi încearcă să convingă PUTEREA să li se alăture. Katja se simte legată de ambele şi nu înţelege de ce PUTEREA nu vrea să se lase atinsă nici de ea, nici de celelalte două părţi. Ea alege apoi reprezentanta celui de-al doilea EU pe care îl conţine fraza ei. Însă reprezentanta nu vrea să intre în contact cu nimeni, ea se simte singură şi abandonată. În acest EU recunoaştem o parte a copilului din interiorul Katjei. Apoi PUTEREA se îndreaptă cu interes către această parte. Ea simte că „vrea să-şi folosească puterea în favoarea eului copilului şi nu pentru a face uitat acest eu părăsit”.

Katja îşi dă seama că în această constelaţie primul EU este un eu supravieţuitor, care şi-a folosit puterea

pentru a nu simţi sentimentele de abandon şi care vrea să facă în continuare acest lucru. De aceea, Katja ştie că, fiind al treilea copil şi un copil nedorit, a fost neglijată şi a depus eforturi pentru a nu-i supăra pe părinţi. Ea spune: „Mi-am folosit puterea pentru a le face celorlalţi viaţa uşoară”. Ea încheie constelaţia atunci când nu doar că poate vedea, ci poate şi simţi că nu mai trebuie să-şi irosească puterea pentru a recurge la o strategie de supravieţuire. Maturizarea fiicei ei şi desprinderea acesteia de casa părintească au declanşat propriile sentimente clivate de abandon ale Katjei.

În cadrul unei discuţii pe care am avut-o câteva luni mai târziu, ea spune că acum, când se află la menopauză şi îmbătrâneşte, îi este silă să le mai facă celorlalţi viaţa uşoară. Ea consideră că acesta este un lucru pozitiv. „S-a terminat!”

Christa: „Eu vreau să pot face din nou sex”.

Christa s-a născut în anul 1956, este singură şi nu are copii. Ea a venit la cabinetul meu în anul 2014, după ce a umblat timp de trei ani pe la mai multe cabinete ginecologice din diferite oraşe. Ea are acum 58 de ani, este slabă, îngrijită şi disperată. Soţul ei a părăsit-o în urmă cu şase ani pentru „una mai tânără” în această perioadă, Christa a suferit deja din cauza simptomelor menopauzei – stări depresive, bufeuri, tulburări de somn. La acea vreme, ea şi-a pierdut slujba de secretară cu normă întreagă „din cauza dificultăţilor financiare ale firmei”. În urmă cu patru ani a avut ultima sângerate şi, la scurt timp după aceea, a acuzat senzaţii de disconfort în zona intimă. În aceeaşi perioadă ea a intrat într-o relaţie cu un bărbat ceva mai în vârstă. Usturimea şi uscăciunea mucoasei vaginale i-au transformat sexualitatea într-un calvar. La început nu a spus nimic despre simptomele ei, deoarece se temea că partenerul o va părăsi dacă se plângea de astfel de probleme ce apăreau în timpul actului sexual. La acea vreme, Christa locuia în München şi a căutat ajutor la diferiţi medici ginecologi. Ea a primit răspunsuri şi remedii

diferite. Folosind medicamente antifungice, unguente cu estrogen şi antibiotice, pe care uneori le-a utilizat cu nerăbdare în acelaşi timp, ea a încercat să rămână disponibilă din punct de vedere sexual. După un an, noul partener a părăsit-o. Ea presupune că problemele ei cu mucoasa au fost cauza.

Christa s-a mutat la Berlin. Ea s-a prezentat din nou la diferiţi medici ginecologi şi, prin intermediul unei cunoştinţe, a nimerit la cabinetul meu. Mi-a spus că acum, după ce ultimul medic ginecolog i-a spus că trebuie „să trăiască cu durerea şi să strângă din dinţi în timpul actului sexual”, este dispusă să apeleze la metodele alternative. După ce mai întâi am tratat simptomele ei prin metode naturiste, în anul 2015 i-am propus să exploreze posibilele cauze psihice. Christa nu a vrut să facă acest lucru în cadrul unui grup – am căzut de acord să facem o programare pentru o constelaţie individuală.

Christa este un copil unic la părinţi – este „steaua tatălui ei”, aşa cum spunea el mereu. Părinţii ei s-au cunoscut după cel de-al Doilea Război Mondial, când, potrivit mamei sale, „trebuia să fii bucuroasă dacă te alegeai cu un bărbat sănătos”. După şase ani de căsnicie, ea s-a născut, în anul 1956, în Bazinul Ruhrului. Christa nu ştia nimic despre circumstanţele conceperii ei şi despre cum a decurs sarcina. După părerea ei, căsnicia părinţilor săi a fost „dificilă”. Mama ei avea mereu episoade depresive. Tatăl ei şi-a părăsit familia când Christa avea doisprezece ani. Mama ei – la acea vreme avea 40 de ani – nu avea nicio pregătire profesională şi-şi câştiga banii pentru întreţinere lucrând în domeniul gastronomiei. Mama ei „aducea mereu bărbaţi în casă”, care contribuiau oarecum şi la întreţinere, dar care nu rămâneau niciodată mult timp. Cu tatăl ei nu a mai avut niciun contact. Mama ei a murit în urmă cu zece ani.

Momentan, Christa nu are nicio relaţie. Ea este încă şomeră şi are puţini bani. Îi este teamă că „nu va mai avea niciodată un soţ” şi că va rămâne mai departe fără un loc

de muncă. Intenţia pe care o formulează pentru constelaţia ei este următoarea: „Eu vreau să pot face din nou sex”.

Îi pun la dispoziţie persoana mea, precum şi figurile din pâslă care au o formă feminină (rotundă) sau masculină (pătrată), ca ancore pentru reprezentanţii termenilor ei. Ea alege mai întâi o ancoră rotundă pentru cuvântul EU. Se poziţionează în faţa acestui simbol substituent şi îşi dă seama că „iniţial nu poate face nimic cu el”. Apoi se aşază deasupra şi spune că se simte de parcă s-ar micşora. Pe urmă alege un simbol substituent pentru cuvântul SEX – „pentru că despre asta este vorba” – şi se decide în favoarea unei ancore pătrate. O plasează lângă cuvântul EU şi, la îndemnul meu, se aşază deasupra. Ea îşi descrie sentimentele ca fiind un amestec între putere şi superioritate. Apoi se aşază din nou pe ancora cuvântului EU şi începe imediat să plângă. La întrebarea mea, ea spune că acum, când cuvântul SEX se află alături de ea, simte o mare singurătate şi un mare dor. Acest lucru îi aminteşte de serile pe care le petrecea acasă, singură, când mama ei era la serviciu.

Christa părăseşte simbolul substituent şi se aşază cu un picior pe cuvântul EU şi cu celălalt pe cuvântul SEX. Îmi explică, apoi, că intenţionează să le „reunească”. Acum, când stă cu picioarele atât de îndepărtate, îşi dă seama că se simte „oarecum sfâşiată” Sugestia mea de a alege simboluri substituente şi pentru alţi termeni ai propoziţiei ce exprimă intenţia se loveşte de respingerea ei. Ea spune: „Cred că ştiu deja despre ce este vorba – de fapt, ştiu acest lucru de multă vreme”.

Christa îmi oferă interpretarea ei: „De multe ori nu am vrut să mă culc cu niciun bărbat – nici măcar cu soţul meu. M-aş fi mulţumit cu tandreţea de dinainte – apropierea fizică mi-ar fi fost suficientă”. Eul copilului din interiorul Christei tânjea după afecţiune. Bineînţeles, sexualitatea nu a putut satisface nevoia copilărească, neîmplinită, de iubire. În cadrul constelaţiei – în timp ce stătea cu un picior acolo şi cu un alt picior dincolo – a

conştientizat clivajul dorinţei ei reale (refulate) de apropiere, de intimitate. Mama depresivă a Christei nu i-a putut oferi acesteia apropierea şi prezenţa necesare. De aceea, faptul că s-a îndreptat către tată a constituit o alternativă – chiar dacă apropierea de acesta a fost asociată cu clivajul nevoilor copilăreşti şi a dus la o sexualizare prematură.

Christa a fost mulţumită de rezultatul acestei şedinţe şi s-a bucurat că „a reuşit, în sfârşit să-şi exprime" aversiunea ei temporară faţă de actul sexual, conflictul ei interior cu privire la acest lucru. Şi-a propus să nu mai dorească să-şi vindece simptomele care o împiedicau să „funcţioneze în timpul actului sexual", ci „să vrea pur şi simplu să se vindece".

Procesul vindecării este în desfăşurare. Christa nu mai caută să aibă o relaţie cu orice preţ. Mucoasa ei se reface treptat. S-a mutat iar în München.

Heike: „De ce eu nu pot să-mi întemeiez propria mea familie?"

Heike, în vârstă de 45 de ani, este implicată într-o relaţie şi nu are copii. Este o femeie înaltă, subţire, cu o minte alertă. Este de profesie coach şi speaker. Ea povesteşte despre dorinţa ei de a avea copii şi despre cum a suferit în acest scop nişte intervenţii chirurgicale asupra ovarelor, urmate de încercări de inseminare artificială sub forma fertilizării in vitro. După mai multe tentative nereuşite, ea şi partenerul ei au stabilit să ducă o viaţă fără copii proprii. Heike a avut întotdeauna pisici, iar acum vrea să-şi ia din nou o pisică. Ea îşi dă seama că adoptarea unei pisici ar fi problematică, deoarece locuieşte la etajul al şaselea şi munceşte mult. Toate aceste împrejurări o întristează şi o fac să formuleze următoarea intenţie: „De ce eu nu pot să-mi întemeiez propria mea familie?"

Heike se decide să aleagă mai întâi o reprezentantă pentru EUL ei. EUL spune în mod spontan: „Mie nu-mi lipseşte nimic. Eu sunt adult şi sunt prezent pentru tine". Heike alege apoi reprezentanta cuvântului FAMILIE.

Reprezentanta este tristă şi spune: „Vreau, în sfârşit, să mă dezvolt”. Reprezentanta sintagmei DE CE, pe care Heike o introduce apoi în constelaţie, dă impresia că are o atitudine prietenoasă, afectuoasă: „Îmi place să-ţi ofer foarte multe, simt în jurul tău, te protejez”. Heike vede legătura dintre toate acestea şi un uter – uterul mamei sale. Când ea exprimă acest lucru, reprezentanta sintagmei DE CE spune: „Da, dar nu pot să-ţi ofer nicio protecţie – tu trebuie să fii aici pentru mine!”

În aceste propoziţii Heike recunoaşte trăsăturile de caracter ale mamei sale. Ea explică faptul că acesta era „marketingul” mamei sale: eu sunt mama cea bună, care te protejează. Însă Heike ştie că lucrurile stăteau aşa doar atunci când ea îşi dorea ceea ce şi mama ei îşi dorea. După care DE CE îşi schimbă comportamentul şi se transformă dintr-o mamă protectoare într-o mamă devoratoare. Ea o ţine strâns pe Heike, spunând: „Tu eşti aici pentru mine – de ce ar trebui să fie altcineva mai important pentru tine?!” Heike face un pas înapoi şi se distanţează de DE CE. Ea este în mod vizibil palidă, zdruncinată, dar şi mult mai lămurită. Ea încheie constelaţia în acest punct. Intenţia lui Heike a fost dorinţa de a înţelege situaţia în care se află, iar ea este mulţumită de ceea ce a descoperit.

Heike a văzut şi a simţit că o parte din ea se află încă sub influenţa „mamei devoratoare” Pentru a menţine contactul vital cu mama sa, în copilărie această parte s-a supus dorinţei de „nonseparare” a mamei sale. Heike nu şi-a putut dezvolta propria ei autonomie – planurile ei de a-şi întemeia propria familie au fost zădărnicite de nevoile neîmplinite ale mamei sale. În această constelaţie, EUL a scos la iveală o parte a lui Heike care este deja suficient de matură pentru a duce o viaţă independentă. Heike a mai profitat şi de alte ocazii pentru a se ocupa de problema cu mama ei. Datorită relaţiei tot mai bune pe care o are cu ea însăşi, acum o poate înfrunta pe mama ei fără să renunţe la propria persoană.

Concluzie

„Femeile aflate la menopauză” înţeleg tot mai mult faptul că părţile lor sănătoase le-au adus laolaltă. Relaţiile dintre femeile din acest grup sunt descrise ca fiind „suportive, ca între surori” Grupul se dezvoltă datorită empatiei pe care fiecare femeie o are pentru celelalte, acesta stimulează o mai bună percepţie a propriului corp feminin. Şi experienţele sociale traumatizante se pot vindeca în felul acesta. Conţinuturile refulate ale memoriei ies la iveală şi îşi pierd caracterul ameninţător, căci acum orientarea este către situaţia din prezent. Ele pot fi astfel decuplate de trecut.

Femeile află ce situaţii de viaţă suprasolicitante din trecut le mai declanşează şi astăzi temeri. Acest lucru ne ajută să vedem ce ne-a ţinut până acum în vechile tipare. Însă nu numai suferinţa, ci şi curiozitatea şi încrederea fac ca trecerea la această nouă etapă a vieţii să fie mai uşoară. Femeile îşi recunosc propria lor competenţă, văd ce abilităţi au dobândit în viaţă. Acest lucru le ajută pe „femeile aflate în schimbare” să observe avantajele şi libertăţile procesului de îmbătrânire. Datorită constelaţiilor pe care le realizează, ele ajung să-şi înţeleagă propria persoană şi să se accepte pe sine.

Bibliografie

Riecher-Rössler, A., Kühl, H. & Bitzer, J. (2006): „Psychische Störungen în Zeiten hormoneller Umstellung bei Frauen”, în: *Neuropsychiatrie* (2006), nr. 20 (3), pp. 155 – 165

Ruppert, F. (ed.) (2014): *Frühes Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta

Weidner, K. & Beckermann, M. (2016): „Beschwerden în den Wechseljahren: Nicht nur cine Frage der hormonellen Situation”, în: *Deutsches Ärzteblatt* (2016), nr. 46, pp. A2101-A2106

Andrea Tietz s-a născut în anul 1959 şi, începând din anul 1994, lucrează ca medic naturist în Berlin. Este căsătorită şi este mamă şi bunică.

www.core-evolving.de

CHRISTINA FREUND

Sportul, corpul şi trauma

Sportul ca suprasolicitare fizică a propriului corp

Sporturile sunt activităţi fizice pe care le practicăm de plăcere, pentru a ne întări corpul sau pentru a participa la competiţii. Potrivit semnificaţiei originale a cuvântului, sportul este practicat în scopul distracţiei, pentru a simţi plăcere, pentru petrecerea timpului liber şi pentru a ne juca – pentru bucuria senzorială pe care o resimţim atunci când ne punem corpul în mişcare.81

La şcoală, sportul a fost materia mea preferată. Întotdeauna mi-a plăcut să mă mişc, să fiu în aer liber indiferent de vreme, să joc fotbal şi să schiez. Însă ulterior alergarea a devenit pentru mine o pasiune care m-a făcut, într-adevăr, să sufăr: trebuia să-mi îndeplinesc mereu norma, chiar şi atunci când aveam dureri. Bucuria mea de a face mişcare şi de a mă exprima în plan fizic a devenit o compulsie: am simţit nevoia imperioasă de a alerga… până când o operaţie urgentă la coloana vertebrală m-a oprit şi nu am mai putut face sport.

Din păcate, modul în care eu am evoluat – de la bucuria de a face mişcare până la comportamentul autovătămător îndreptat împotriva propriului corp – este larg răspândit. Astfel, în lumea sportului – şi nu doar în sportul de performanţă, ci şi în sportul de agrement şi în sportul practicat pentru îmbunătăţirea sănătăţii – se pot observa fenomene relevante:

persoana se pune de bunăvoie şi fără a fi neapărat necesar în situaţii periculoase;

semnalele corpului sunt ignorate, ajungându-se astfel la accidentări;

antrenamentul este continuat în ciuda accidentărilor, care apoi se agravează;

durerile fizice sunt percepute drept plăcere;

se iau substanţe care îmbunătăţesc performanţa, dar care pe termen lung dăunează organismului.

De ce sportivii îşi deteriorează corpul până când nu

mai pot face sport? În ziarul *Süddeutsche Zeitung* din 3 noiembrie 2016 a fost publicat un articol despre sfârşitul carierei unui ciclist de curse în vârstă de 27 de ani, extrem de talentat, în care se relatau următoarele: el este „un exemplu privind modul în care tendinţa spre nepăsare, reprimarea durerii şi o ambiţie aproape patologică pot transforma un sportiv de performanţă debordând de forţă într-un tânăr care abia mai stă pe picioare” El însuşi spune, în acest articol, privind retrospectiv: „Ar fi trebuit să ascult mult mai des semnalele mele interioare şi să nu pornesc niciodată în cursă”. Numai anul trecut s-a prăbuşit grav de şase ori, a căzut în cap de fiecare dată, a mers mai departe şi abia un virus gastrointestinal l-a oprit.

Presiunea performanţei, dopajul, dependenţa de sport, suprasolicitarea şi obsesia optimizării corpului dovedesc faptul că sportivii luptă pentru a parcurge mai mulţi metri într-un timp mai scurt, pentru a dobândi mai multe kilograme şi mai multă masă musculară. Până la urmă, nu rareori are loc o luptă nemiloasă împotriva propriului corp, despre care am aflat în cadrul câtorva discuţii purtate cu medicii, fizioterapeuţii şi sportivii. Despre prejudiciile pe care le suferă sportivii nu există date semnificative.82 însă, având în vedere cei aproximativ 23 de milioane de cetăţeni germani care fac sport în mod regulat, adică de mai multe ori pe lună, numărul persoanelor care se accidentează în urma practicării sportului ar trebui să fie foarte mare.

Leziunile sportive şi ştiinţa sportului

Leziunile sportive sunt acele vătămări care se produc în timpul practicării sportului. În acest context se face distincţie între leziunile macrotraumatice (= acţiunea unei forţe imense exercitate din exterior, accidentele) şi leziunile microtraumatice (= afecţiunile şi vătămările de lungă durată, recurente, adesea neconştientizate) (Furth, 2014). În cele ce urmează mă voi ocupa doar de leziunile microtraumatice, care sunt rezultatul unei suprasolicitări cronice, deoarece acestea pot fi evitate. Din punctul de

vedere al ştiinţei sportive, aceste leziuni apar atunci când mişcările continuă să fie efectuate, în ciuda semnalelor de avertizare ale organismului. Corpul trimite semnale dureroase, pe care sportivii nu le percep sau nu le interpretează corect.

Tim, în vârstă de 41 de ani, a venit la câteva şedinţe individuale, pentru a afla cauza perfecţionismului său compulsiv. Într-o zi m-a sunat pentru a anula o programare: din cauza unei fracturi de stres apărute la picior, nu mai putea urca scările. Îşi supraîncărcase programul de antrenament. Perfecţionismul său era de vină… Tim este un alergător entuziast, care voia să-şi îmbunătăţească timpul pentru maraton şi de aceea s-a antrenat după un plan conceput special pentru asta. La întrebarea mea, a răspuns că, înainte de a merge pe banda de alergare, a simţit deja foarte clar că ar face mai bine să nu alerge, însă a ignorat acest lucru.

De ce sportivii nu percep sau nu interpretează corect semnalele dureroase? în căutarea răspunsurilor, ştiinţa sportului este şi ea tot mai preocupată de psihicul sportivilor. Profesoara Sabine Würth sintetizează conceptele explicative privind leziunile sportive, după cum urmează (Würth, 2014, pp. 40 – 64):

abordări psiho-comportamentale: leziunile sunt cauzate de erorile comise în timpul mişcării. Trăsăturile de personalitate, precum disponibilitatea de a-şi asuma riscuri, anxietatea şi lipsa capacităţii de concentrare şi a capacităţii de coordonare îi determină pe sportivi să nu respecte tiparele normale de mişcare şi să se accidenteze;

abordări bazate pe teoria stresului: leziunile simt cauzate de strategiile de adaptare la stres. Sportivii sunt înzestraţi cu trăsături de personalitate diferite şi sunt afectaţi de factorii de stres, precum presiunea de a face performanţă. Interacţiunea dintre factorii de stres, trăsăturile de personalitate şi strategiile de adaptare la stres duc la accidentări.

Însă Würth constată faptul că ele două concepţii

teoretice de bază ce oferă explicaţii asupra leziunilor sunt insuficiente: ele consideră accidentările ca fiind un proces care se desfăşoară în mare parte în interiorul unei persoane. Propriile ambiţii, presiunea de a face performanţă şi propriile trăsături de personalitate duc la accidentări. Însă sportivii se compară nu doar cu ei înşişi, ci şi cu ceilalţi. Ei îşi compară propriile performanţe cu performanţele celorlalţi oameni. De aceea, în cadrul cercetărilor sale Würth pune accentul pe aspectul comparativ. Cu ajutorul a trei studii empirice ea a analizat influenţa pe care trăsăturile de personalitate, precum „disponibilitatea de a face efort sau disponibilitatea de a munci până la epuizare”, şi normele sociale de referinţă, precum „motivaţia pentru performanţă şi comportamentul orientat către performanţă”, le au asupra accidentărilor (Würth, 2014). Ea a demonstrat faptul că:

În special disponibilitatea de a munci până la epuizare, care are la bază dorinţa de a obţine recunoaşterea socială, duce adesea la accidentări;

adaptarea exagerată la codurile de conduită şi la codurile valorice caracteristice sportului, identificarea cu rolul de sportiv şi dorinţa de a obţine apreciere şi recunoaştere socială duc la accidentări, precum şi la gestionarea neadecvată a leziunilor, la dopaj şi la dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar.

Aşadar, nevoia de recunoaştere şi de apreciere, nevoia de apartenenţă la lumea sportului, cu codurile sale valorice şi de conduită specifice, precum şi nevoia de identitate sunt mai puternice decât nevoia de protecţie şi de păstrare a integrităţii propriului corp. Ele îl determină pe sportiv să-şi împingă corpul dincolo de limitele sănătăţii sale, să nu perceapă sau să perceapă incorect semnalele dureroase şi, în felul acesta, să se accidenteze sau să-şi vatăme corpul. Însă de ce unii sportivi sunt supraadaptaţi şi extrem de înclinaţi către a face performanţă? De ce este Tim atât de perfecţionist, încât îşi supraîncarcă programul de antrenament şi ignoră toate semnalele dureroase? Până

în prezent, ştiinţa sportivă nu şi-a pus aceste întrebări, care sunt foarte importante pentru mine. De aceea nici nu există studii în acest sens.

Prin urmare, în cele ce urmează mă voi limita să prezint biografiile individuale ale unor sportivi pe care îi consiliez în activitatea mea practică, lucrând cu metoda constelării intenţiei, care are la bază terapia traumei psihice orientate către identitate (TTPOI).

Leo: „Joc fotbal pentru a-mi salva viaţa”.

Leo, în vârstă de 31 de ani, s-a accidentat foarte grav la genunchiul stâng la vârsta de 26 de ani, în timp ce juca fotbal, însă fără să fie existat un impact major din exterior. El a suferit o „triadă nefericită” – o ruptură a ligamentului încrucişat anterior, a meniscului intern şi a ligamentului colateral medial. Cum se pot rupe ligamentele în lipsa unei influenţe externe? Din punct de vedere medical este foarte probabil ca genunchiul lui Leo să fi avut deja microleziuni din cauza faptului că el juca fotbal în mod excesiv. Atunci când ligamentele sunt suprasolicitate, iar această suprasolicitare este una continuă şi intensă, este foarte probabil ca ele să se rupă. La întrebarea mea, Leo spune că înainte nu a simţit nimic din ceea ce ar putea indica existenţa unei leziuni. Însă la acea vreme el nu simţea aproape nimic.

Leo a venit la atelierul meu pentru a afla care ar putea fi posibila cauză psihică a leziunii sale de la genunchi. Prin urmare, el formulează următoarea intenţie: „De ce eu mi-am distrus complet genunchiul?” În timp ce lucrează în cadrul constelaţiei, iese la iveală, încă de la început, o parte traumatizată a lui Leo: el plânge, tremură din tot corpul, abia vorbeşte coerent şi scrie cu dificultate. Începe cu cuvântul EU. EUL lui Leo se simte permanent neutru până la neimplicat, de parcă nimic din toate acestea nu l-ar interesa. Într-un mod complet diferit se comportă reprezentantul GENUNCHIULUI său: el încearcă cu disperare să intre în contact, mai întâi cu EUL, iar apoi cu Leo însuşi. Nu reuşește şi, în cele din urmă, merge la

Leo şi îl scutură, strigându-i: „Jucăm fotbal pentru a ne salva viaţa! Nu-ţi dai seama?!” În acel moment Leo se prăbuşeşte şi se ridică din nou în picioare abia după mult timp. „Nu vreau să-mi sacrific genunchiul”. Când îl întreb de ce joacă fotbal pentru a-şi salva viaţa, el scutură din cap. Nu ştie. A început să joace fotbal la vârsta de unsprezece ani. La început a jucat singur, apoi cu prietenii, mai târziu într-un club, în fiecare zi, ore întregi, după şcoală şi în vacanţă, chiar şi toată ziua. Apoi Leo alege reprezentantul cuvântului DISTRUS. Acesta simte o respingere ameninţătoare de viaţă, până la atacuri de panică. „Vreţi să mă omorâţi! Este revoltător!” Leo încremeneşte în mod vizibil. După un timp, se întoarce spre GENUNCHIUL său, spunându-i: „Încep să te înţeleg. Nu trebuie să mai lupţi. Nu ştiu cum încă, dar voi găsi o altă cale”. Apoi Leo îşi încheie constelaţia.

În cursul procesului terapeutic următor Leo a reuşit să clarifice cele întâmplate şi să le găsească o explicaţie: mama lui Leo a rămas gravidă fără să vrea, la vârsta de 17 ani. După naşterea sa, Leo a fost dus mereu, pentru câteva săptămâni, la bunica sa. Relaţia dintre mama şi bunica lui era marcată de tensiuni şi conflicte. În calitate de „copil al ruşinii”, Leo a avut parte de o respingere puternică, astfel încât la un moment dat bunica lui a ajuns chiar să-i apese o pernă peste faţă. Ani de-a rândul Leo s-a trezit mereu noaptea, paralizat şi ţeapăn de frică, în timp ce doar piciorul stâng îi tresărea în mod necontrolat. Aceste atacuri de panică au încetat abia în momentul în care Leo a înţeles că a fost supus unei tentative de omucidere. Într-o constelaţie ulterioară el a vrut să ştie de ce cuvântul DISTRUS a strigat „Vreţi să mă omorâţi!”

Amintirile (în) conştiente ale lui Leo şi lucrul său cu metoda constelării intenţiei sugerează faptul că accidentarea genunchiului său ar putea fi o consecinţă a experienţelor sale traumatice din copilărie. Această relaţie demnă de a fi luată în seamă dintre trauma psihică şi leziunile sportive ulterioare este o noutate în lumea

sportului: încă nu există cercetări cu privire la experienţele traumatice nedepăşite care pot constitui o cauză a leziunilor sportive. Abia de câţiva ani se efectuează cercetări ştiinţifice asupra consecinţelor psihice ale accidentărilor. Potrivit acestora, leziunile grave îi pot traumatiza pe sportivi.

Însă cum poate o traumă clivată, care a avut loc cu mult timp în urmă, să provoace leziunile unui sportiv? în mod evident, în mediul său de viaţă traumatizant, psihicul lui Leo nu s-a putut dezvolta într-un mod sănătos. Acest lucru este demonstrat de faptul că Leo nu a putut sesiza condiţia reală a genunchiului său şi nu a putut acţiona în mod corespunzător. El nu a receptat semnalele dureroase şi a continuat să joace. Astfel, EUL lui Leo din constelaţia descrisă mai sus a fost şi un eu supravieţuitor. Căci el juca fotbal pentru a-şi salva viaţa. Fotbalul îi permitea să suporte respingerea şi ostilitatea mamei şi bunicii sale. În timp ce alerga, lovea mingea şi se lupta cu un alt jucător, el reuşea să-şi reducă atât de mult energia traumatică tensionată care se acumulase în corp, încât putea să-şi continue viaţa pe termen scurt. Însă această energie traumatică se acumula din nou şi din nou în copilărie, ca urmare a contactului permanent cu agresorii, iar la maturitate, din pricina introiecţiilor clivate ale agresorilor. În plus, prin intermediul fotbalului, Leo a reuşit să aibă acces la propriul său corp. Însă tocmai acest lucru a declanşat din nou şi experienţele traumatice clivate din copilărie.

Astfel se poate spune următorul lucru: Leo a jucat mereu pentru a ţine piept ameninţării de a fi ucis şi a luptat împotriva energiilor agresorilor săi: mama şi bunica. În zadar, însă. Leo a devenit prizonierul reînscenărilor îngrozitoare ale traumelor sale. Din această cauză, Leo nu a putut înceta să joace. El a continuat să facă sport pentru a-şi salva viaţa, până când i s-au rupt aproape toate ligamentele de la genunchi – „triada nefericită” (Leo – mama – bunica). Odată cu aflarea acestor noi informaţii

referitoare la copilăria sa şi la mecanismele sale de supravieţuire autodistructive, Leo şi-a luat adio de la fotbal. El nu vrea să-şi distrugă şi mai mult genunchiul, iar acum caută alte posibilităţi de a face mişcare într-un mod sănătos, care să-i aducă bucurie.

Dar, aşa cum se va vedea în continuare, oamenii nu reuşesc întotdeauna să-şi transforme părţile supravieţuitoare în nişte structuri sănătoase.

Ina: artrită la ambii genunchi şi la articulaţia gleznei

Ina, în vârstă de 24 de ani, vine la o şedinţă individuală din cauza artritei pe care o are la ambii genunchi şi la articulaţia gleznei. Din cauza durerilor puternice, acum nu mai poate practica sportul şi abia se mai poate mişca fără să simtă durere. Când am întrebat-o ce înseamnă pentru ea să nu mai poată face sport, Ina a început să plângă amarnic. Sportul a fost dintotdeauna lucrul cel mai îndrăgit din viaţa ei. Nu-şi poate imagina o viaţă fără alergare, ciclism, schi, alpinism.

De trei ani Ina este tratată, fără un succes durabil, cu toate metodele terapeutice imaginabile – convenţionale şi alternative.

Durerile reapar mereu. Unul dintre medicii care o tratează bănuieşte că durerile ei ar putea avea şi o cauză psihogenă. A venit aici la recomandarea lui. Deşi vrea să înţeleagă de ce are permanent dureri, de fapt ea vrea să poată face din nou sport. De aceea intenţia ei sună în felul următor: „Eu vreau să fac din nou sport”.

Ina începe să lucreze aşezându-se pe ancora selectată pentru sintagma DIN NOU: „Aceasta este mama mea. Această parte am integrat-o în interiorul meu. Dar pot să-i ţin piept. Aici sunt foarte furioasă pe mine”. Următorul cuvânt pe care îl alege este cuvântul SPORT: „Aici genunchii mei se răcesc, căci sunt foarte calzi, pentru că sunt inflamaţi. Acest lucru îmi creează aici o stare de linişte. Aici mă liniştesc”. Apoi alege cuvântul VREAU: „Aici nu este nimic. Aici este un gol. Nu simt nimic. Este un loc neutru”. Când alege cuvântul FAC, Inei i se taie

genunchii în mod vizibil: „Mă trage ceva în jos. Simt că mi-am pierdut orice perspectivă – e o lipsă de speranţă şi o disperare; aşa cum mă simt eu în ultima vreme fără sport”. La sfârşit, Ina se aşază pe EUL ei: „Cine-i ăsta? Eu? Habar n-am. «Eşti o rea şi o infamă. Vei plăti pentru veselia ta!», aşa îmi amintesc că mă blestema mama, de fiecare dată când mă simţeam bine”.

Mama Inei şi-a dorit cu ardoare să aibă un băiat. Când a observat, după naştere, că copilul ei este fată, mama Inei a început să ţipe îngrozitor şi să blesteme copilul nou-născut. Ea a fost internată imediat la psihiatrie. Nici astăzi nu poate suporta să aibă o fiică veselă, plină de viaţă şi agilă. Ea o insultă şi o blestemă mereu pe Ina, profeţindu-i moartea şi focul iadului. Numai când Ina este bolnavă sau are o rană fizică, mama ei se poate comporta normal faţă de ea. Din acest motiv, copilăria şi tinereţea Inei au fost marcate de boli, accidente şi leziuni sportive. Între acestea au existat mereu perioade în care Ina era sănătoasă. Atunci făcea foarte multă mişcare în afara casei şi practica diferite tipuri de sport cu mare bucurie şi succes. De când s-a mutat de acasă lucrurile s-au agravat. Din cauza inflamaţiilor, acum Ina aproape că nu se mai poate mişca.

Respingerea totală datorată sexului ei a traumatizat identitatea Inei încă din pântecele mamei sale. Potrivit biografiei traumatice prezentate în capitolul introductiv de către Franz Ruppert, această „traumă de identitate” duce la o „traumă de iubire” (Ruppert, 2014). Mama nu o poate suporta pe Ina decât atunci când este bolnavă şi rănită. Din acest motiv, psihicul ei nu se poate dezvolta într-un mod sănătos. Ina nu recunoaşte că suferinţa şi disperarea fetiţei respinse fără milă sunt de fapt tocmai sentimentele ei. Dimpotrivă: ea vede în „artrita” sa un duşman pe care îl combate cu înverşunare. EUL ei se identifică cu energia distructivă a mamei. Prin urmare, în corpul Inei se dezlănţuie o înspăimântătoare dinamică de tipul agresor-victimă (Ruppert, 2012). Pentru a supravieţui şi pentru a

suporta energia distructivă a mamei, ea îşi vatămă permanent corpul, în felul acesta, ea continuă şi acum, când este o femeie adultă, acea activitate distructivă a mamei sale. În biografia sa traumatică Ina a devenit un agresor care acţionează împotriva propriei sale persoane. Într-un e-mail pe care mi l-a trimis câteva săptămâni mai târziu, ea a scris: „Nu, în spatele inflamaţiilor nu se ascunde nicio suferinţă. Ele simt duşmanul meu. Ele trebuie să dispară. împotriva lor trebuie să lupt. Dacă le voi învinge, voi putea face din nou sport. Şi atunci înseamnă că am biruit-o şi pe mama mea”.

În mod evident, Ina încă nu a găsit nicio modalitate de a scăpa de comportamentul ei autovătămător, de agresivitatea îndreptată împotriva ei înseşi şi de a duce o viaţă sănătoasă. Pentru ea, lupta împotriva corpului ei feminin şi a nevoilor sale continuă să fie singura modalitate de a face faţă realităţii experienţelor ei traumatice care s-au petrecut încă înainte de a se naşte.

9

Manu: periostita tibială la nivelul ambelor picioare

Manu, în vârstă de 47 de ani, vrea să înţeleagă, cu ajutorul metodei constelaţiei intenţiei, cine este ea cu adevărat: „Cine sunt eu fără părţile mele supravieţuitoare intitulate «sportivă de performanţă» şi «manager»?” Ea a trebuit să-şi încheie cariera de schior alpin din cauza unei periostite apărute la nivelul ambelor tibii. În ciuda tuturor tratamentelor, picioarele o dor şi astăzi. După ce a părăsit sportul de performanţă, Manu şi-a pus toată energia şi forţa în cariera sa profesională. După câteva şedinţe individuale şi de grup am rugat-o să sintetizeze constatările sale de până acum cu privire la „identitatea şi rănirea picioarelor ei”:

„Când picioarele mele au refuzat să mai schieze şi când nici chiar un simplu viraj nu mai reuşeam să fac, am crezut că voi muri. Cum putea să-mi facă corpul meu una ca asta? A fost pentru prima oară în toţi aceşti ani în care am practicat sportul de performanţă când am încercat să

vorbesc cu corpul meu. Mai bine spus, am ţipat la el isteric. Strigătele lui eu le ignorasem fără milă în tot acest timp. Şi au fost sonore şi numeroase. El mi-a semnalat mereu epuizarea şi frustrarea imense şi, în cele din urmă, a dezvoltat dureri tot mai mari la nivelul periostului. Însă eu nu mi-am putut permite să-l ascult. Fericirea mea, ba chiar viaţa mea depindeau de rămânerea în echipă. Să continui să fac parte din ea cu orice preţ. Era oarecum familia mea, unde să mă fi dus fără ea? Cum puteam suporta să nu mai merg la competiţii, să nu mai fiu celebră şi să nu mai aparţin de nimeni? însă nu era o familie în care puteai găsi sprijin sau ocrotire. Era un grup în care trebuia să lupt şi în care antrenorii mi-au spus că trebuie să devin, în sfârşit, mai egoistă, dacă vreau să realizez ceva în sportul individual. Am fost extrem de dezamăgită când grupul meu sportiv, familiar şi vesel, înfiinţat pe vremea copilăriei mele, care simţea bucuria nemărginită de a merge împreună la cursuri, de a face prostii şi de a fi pur şi simplu în natură, s-a transformat într-o elită de competitori individuali, iar sportul nu a mai fost practicat pentru libertate şi pentru bucuria nemărginită de a face mişcare, ci a devenit o luptă pentru supravieţuire.

Furia, tristeţea şi înverşunarea au fost sentimentele care au definit aceşti ultimi ani în care am practicat sportul de performanţă. Tiparele mele de mişcare, care odinioară erau sprintene şi curgătoare, au devenit brusc rigide şi sacadate. De teama că nu eram suficient de bună şi că puteam fi dată afară, abia puteam să mai dorm noaptea, astfel încât ziua simţeam mereu o oboseală apăsătoare. La acea vreme, o parte din mine voia să se oprească, să spună „stop” Celebritatea o resimţeam ca pe un lucru banal, şi nici chiar rarele succese nu mi-au mai putut salva iluzia că aveam, în sfârşit, ceea ce doream.

Astăzi ştiu că eram într-o căutare disperată a iubirii şi a recunoaşterii, dorind atât de mult să obţin, în sfârşit, tot ceea ce-mi lipsise în propria mea familie. Şi tocmai această dezamăgire s-a repetat la infinit în timp ce făceam

sport, până când corpul meu a încetat să mai funcţioneze. Şi a făcut acest lucru într-un mod radical, căci virajul pe panta de schi de acum 27 de ani a fost până în prezent ultimul pe care l-am mai încercat”.

Manu a avut parte de o respingere existenţială încă dinainte de a se naşte. Chiar şi fără ca mama ei să se gândească la un avort sau să întreprindă o tentativă de avort, uterul ei a fost un loc periculos. Căci, din cauza propriilor ei experienţe traumatice, pentru mama ei sarcina a fost suprasolicitantă. Aşa cum iese mereu la iveală în timpul şedinţelor ei de terapie, voinţa ei neîngrădită de supravieţuire a fost încă de la început cea care i-a permis să supravieţuiască cu adevărat în pântecele mamei. Cu această voinţă şi cu iubirea ei necondiţionată, Manu a încercat după naştere să o convingă totuşi pe mama ei că merită să fie iubită şi să o câştige de partea ei. Însă, în ciuda tuturor eforturilor sale, mama a continuat să aibă o atitudine ambivalentă faţă de fiica ei, fiind captivă în propriile ei experienţe traumatice nedepăşite. „Trauma de identitate” a lui Manu s-a transformat într-o „traumă de iubire”.

Această luptă pentru supravieţuire, dusă împotriva respingerii şi pentru a obţine recunoaştere şi iubire, a determinat-o pe Manu să practice sportul de performanţă. Aici, în cadrul competiţiei, pentru a obţine un loc în echipă, a reîntâlnit energia exterminării (eu sau tu) pe care o cunoscuse iniţial în pântecele mamei. Şi, aşa cum a făcut şi în copilărie, a reacţionat impunându-şi voinţa ei neîngrădită şi căutând iubire necondiţionată şi recunoaştere. Nu a reuşit. Nici în sport nu a avut parte de iubire şi de recunoaştere. Această „străduinţă zadarnică” a dus la o repunere în scenă a traumei sale de identitate iniţiale – fapt ce a declanşat inflamaţia cronică a periostului tibiilor sale.

Până în prezent, lui Manu îi este aproape imposibil să mai facă sport. Însă nu este obligatoriu ca lucrurile să rămână aşa. Ce posibilităţi de a practica activităţi sportive

se vor deschide atunci când va reuşi să renunţe la lupta ei pentru supravieţuire? Va continua oare să-şi caute cu stăruinţă părţile sănătoase ale eului său, pe care să le îngrijească şi să le hrănească? Abia aştept să aflu.

În mişcare, cu un eu sănătos în concluzie, descoperirile deja prezentate ale ştiinţei sportului se regăsesc în exemplele selectate din activitatea mea, din lucrul cu metoda constelării intenţiei: oamenii care fac sport, ulterior se accidentează şi îşi fac rău, dacă psihicul lor nu poate înţelege corect situaţia reală a corpului; dacă nu simt că trupul lor are nevoie de o pauză sau că este deja rănit; sau dacă, deşi percep semnalele de avertizare, nu reacţionează la ele într-un mod corespunzător. Ştiinţa sportului consideră că trăsăturile de personalitate sunt cauza accidentărilor. După părerea mea, aceasta este o eroare gravă: căci acestea sunt doar simptome, atribuiri sau „măşti" ale unui om. Dar ce se ascunde în spatele acestor măşti ale sportivilor?

Potrivit studiilor de caz prezentate, cauzele acestor disfuncţii ale psihicului pot fi experienţele traumatice foarte timpurii. „Trauma de identitate" perturbă în mod fundamental dezvoltarea psihicului, cu funcţiile sale specifice, în special cea a eului şi cea a voinţei. Dacă identitatea unui om este traumatizată la o vârstă fragedă, individulâşi dezvoltă o identitate falsă, formată din identificări şi atribuiri: „Eu sunt sportiv. Vreau să am succes, să fiu iubit şi apreciat". Drept urmare, sportivii nu mai percep realitatea corpului lor şi se comportă ca atare, lucru care uneori poate fi foarte dăunător. Prin urmare, nu putem preveni, acţionând doar la nivelul simptomelor, autovătămările şi autoaccidentările din sport, aşa cum susţine ştiinţa sportului. O atletă descrie acest lucru în felul următor:

„Un eu care face sport de performanţă nu poate fi un eu sănătos. Căci în cazul acesta este vorba despre a face corpul să fie cât mai capabil de a face performanţă pentru un anumit timp. Semnalele corporale nu fac decât să

deranjeze şi ele trebuie reprimate. După încheierea carierei, unii îşi pot dezvolta parţial din nou un eu sănătos, însă mulţi nu reuşesc”.

Aşadar, dacă reuşim să învingem structurile supravieţuitoare existente şi să fortificăm structurile sănătoase ale EULUI, atunci putem practica sportul într-un mod sănătos şi plăcut. „Cel mai bine ar fi să-l regăsesc pe copilul din mine care se bucura atât de mult când făcea mişcare”, a mai spus atleta menţionată mai sus.

Bibliografie

Ruppert, F. (2012): *Trauma, Angst und Liebe*. München: Kösel

Ruppert, F. (ed.) (2014). *Frühes Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta

Schmid, M. (2016): „Gegen die Wand”, în: *Süddeutsche Zeitung* din data de 3.11.2016

Würth, S. (2014): *Verausgabungsbereitschaft und Overconformitiy im Kontext von Verletzungen im Sport* (= Spektrum Bewegungswissenschaft, vol. 8). Aachen: Meyer & Meyer

Christina Freund, n. 1974, este pedagog social. A urmat cursuri de asistenţă socială la Universitatea Catolică de Ştiinţe Aplicate (KSH) din München; a urmat cursuri de formare profesională în psihotraumatologie şi în consilierea traumei cu Lutz-Ulrich Besser (2006 – 2008); a urmat cursul intitulat „Traumă, ataşament şi constelaţii familiale” cu Franz Ruppert (2008); începând din anul 2009 conduce seminare de grup folosind metoda „întâlnirii cu sine”; din anul 2012 are propriul cabinet particular, unde lucrează în calitate de consilier specializat în tratamentul traumei; începând din anul 2012 predă cursuri la KSH din München.

www.christinafreund-selbstbegegnungen.de

Note

1 întrucât termenul de „boală” este adesea folosit ca strategie de supravieţuire în urma traumei, iar „diagnosticele” simt adesea doar nişte produse ale

fanteziei verbale lipsite de conţinut, de obicei folosesc ghilimele pentru a ilustra acest aspect. Acelaşi lucru este valabil şi pentru alte noţiuni puse între ghilimele, de exemplu pentru sintagma „abuz sexual”.

2 http://acestoohigh.com/2012/10/03/e-adverse-childhood-experiences-study-the-largest-most-important-public-health-study-you-ne verheard-of-began-in-an-obesity-clinic.

3 https://www.youtube.com/watch?v=vml EnstvO-o & app = desktop.

4 Acest termen s-a încetăţenit pentru a desemna această orientare medicală.

5 „Simptomele” reprezintă fenomenele care „însoţesc” boala respectivă.

6 Neuroplasticitate = capacitatea structurilor nervoase şi a structurilor cerebrale de a se reface.

7 Termen de specialitate care desemnează căpăcelele de protecţie de la capetele cromozomilor, cei care permit celulelor corpului să se divizeze.

8 I. Shalev şi alţii (2013): „Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a

Corpul meu, trauma mea, Eul meu Note longitudinal study”, în: *Molecular Psychiatry* (2013), nr. 18, pp. 576 – 581.

9 L. Zhang şi alţii (2014): „Telomere length – a celular aging marker for depression and Post-traumatic Stress Disorder”, în: *Medical Hypotheses* (2014), nr. 83 (2), pp. 182 – 185.

10 P.O. McGowan şi alţii (2009): „Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse”, în: *Nature Neuroscience* (2009) nr. 12 (3), pp. 342 – 348.

11 B. Fougère şi alţii (2016): „Chronic Inflammation: Accelerator of Biological Aging”, în: *Gerontol A Biol Sci Med Sci*. (2016) pii: giw240.

12 M.W. Miller şi N. Sadeh (2014): „Traumatic stress,

oxidative stress and post-traumatic stress disorder: neurodegeneration and the acceleratedaging hypothesis", în: *Molecular Psychiatry* (2014), nr. 19 (11), pp. 1156 – 1162.

13 G.T. Rezin şi alţii (2016): „Mitochondrial dysfunction in bipolar disorder: Evidence, pathophysiology and translational implications", în: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* (2016), nr. 68: pp. 694 – 713.

14 T. Cikănkovă şi alţii (2016): „Mitochondrial dysfunctions in bipolar disorder: efect of the disease and pharmacotherapy", în: *CNS Neurol Disord Drug Targets* (2016).

15 Se citeşte: „Nu, oh nu"; http://nunm.edu/images/CE/cureabst.pdf.

16 C. Boeck alţii (2016): „Inflammation in adult women with a history of child maltreatment: The involvement of mitochondrial alterations and oxidative stress" (rezumat), în: *Mitochondrion*, nr. 30, pp. 197 – 207.

17 Modificări biochimice datorate influenţelor externe, care nu simt generate de codul genetic.

18 R. Yehuda şi alţii (2016): „Holocaust Exposure Induced Intergeneraţional Effects on FKBP5 Methylation", în: *Biological Psychiatry* (2016), nr. 80 (5), pp. 372 – 380.

19 https://de.wikipedia.org/wiki/DNA-Methylierung.

20 M.P. Boks şi alţii (2015): „Longitudinal changes of telomere length and epigenetic age related to traumatic stress and post-traumatic stress disorder", în: *Psychoneuroendocrinology* (2015), nr. 51, pp. 506 – 512.

21 D. Baumeister şi alţii (2015): „Childhood trauma and adulthood inflammation: a metaanalysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor-a", în: *Molecular Psychiatry* (2016), nr. 21 (5), pp. 642 – 649; doi: 10.1038/m².2015.67

22 E.W. Fish şi alţii (2004): „Epigenetic programming of stress responses through variations in maternal care", în: *Annals of the New York Academy of Sciences* (2004), nr. 1036, pp. 167 – 180.

23 B. van der Kolk (1994): „The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress", în: *Harvard Review of Psychiatry* (1994), nr. 1 (5), pp. 253 – 265.

24 FRA (2014): „Gewalt gegen Frauen: cine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick".

25 P. Kaliman şi alţii (2014): „Rapid changes în histone de-acetylases and inflammatory gene expression in expert meditators", în: *Psychoneuroendocrinology* (2014), nr. 40, pp. 96 – 107; doi: 10.1016/j. psyneuen.2013.11.004

26 B.K. Holzel şi alţii (2011): „Mindfulness practice leads to increases în regional brain gray matter density", în: *Psychiatry Research* (2011), nr. 30; 191 (l), pp. 36 – 43.

27 B.K. Holzel şi alţii (2010) „Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala", în: *Social Cognitive and Affective Neuroscience* (2010), nr. 5 (1), pp. 11 – 17.

28 H. Song şi alţii (2002): „Astroglia induce neurogenesis from adult neural stem cells", în: *Nature*, nr. 417, pp. 39 – 44.

29 www.spektrum.de/news/h-bezweifle-dass-es-dort-je-wieder-einefunktionierende-zivilgesellschaft-geben-kann/ 1367283.

30 Termenul „polimorfism" desemnează apariţia unor variante genetice şi, implicit, crearea unor diferite produse genetice (de exemplu, proteine sau enzime).

31 S.J. van Rooij (2016): „Childhood Trauma and COMT Genotype Interact to Increase Hippocampal Activation in Resilient Individuals", în: *Frontiers în Psychiatry* (2016), nr. 7, p. 156; doi: 10.3389/fpsyt.2016.00156

32 M. Trousselard şi alţii (2016): „Cardiac Coherence Training to Reduce Anxiety în Remitted Schizophrenia, a Pilot Study", în: *Applied Psychophysiologie and Biofeedback* (2016), nr. 41 (1), pp. 61 – 69.

33 L. Gerritsen şi alţii (2012): „BDNF Va166 Met genotype modulates the efect of childhood adversity on

subgenual anterior cingulate cortex volume în healthy subjects", în: *Molecular Psychiatry* (2012), nr. 17 (6), pp. 597 – 603; doi: 10.1038/m².2011.51

34 R. Pamphlett (2014): „Uptake of environmental toxicants by the locus ceruleus: a potenţial trigger for neurodegenerative, demyelinating and psychiatric disorders", în: *Medical Hypotheses* (2014), nr. 82 (1), pp. 97 – 104.

35 A. Ludlow şi alţii (2008): „Relationship between Physical Activity Level, Telomere Length, and Telomerase Activity", în: *Medicine & Science în Sports & Exercise* (2008), nr. 40 (10), pp. 1764 – 1771.

36 C. Werner şi alţii (2009): „Beneficiat Effects of Long-term Endurance Exercise on Leukocyte Telomere Biology", în: *Circulation* (2009), nr. 120, p. 492.

37 D. Ornish şi alţii (2013): „Efect of comprehensive lifestyle changes on telomerase activity and telomere length în men with biopsy-proven low-risk prostate cancer: 5-year follow-up of a 489 descriptive pilot study", în: *The Lancet Oncology* (2013), vol. 14, nr.

11, pp. 1112 – 1120.

38 L. Carlson (2015): „Mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy maintain telomere length relative to controls în distressed breast cancer survivors", în: *Cancer* (2015), vol. 121, nr. 3, pp. 476 – 484.

39 K. Nader şi E.O. Einarsson (2010), „Memory reconsolidation: an update", în: *Annals of the New York Academy of Sciences* (2010), nr. 1191, pp. 27 – 41.

40 www.wired.com/2012/02/ffforgettingpill.

41 www.heart Mathinstitute.com, www.heartmathdeutschland.de.

42 Biroul Federal German de Statistică, www.destatis.de.

43 În sens medical, un bloc de ramură drept nu este considerat o deficienţă cardiacă.

44 http://de. wfp.org/hunger/hunger-statistik, accesat

la data de 10.02.2017.

45 www.re-empowerment.de/haeusliche-gewalt/folgen-haeuslicher-gewalt.

46 www.who.int/diabetes/global-report/en, accesat la data de 10.02.2017.

47 www.dso.de/organspende-und-transplantation/transplantation/nierentransplantation.html? txzvmgallerypil%5 Baction %5D = d ownload & cHash = 79 lb8 b89 lf54106773 a80 ae570 f64 eeb, accesat la data de 15.12.2016.

48 www.welt.de/gesundheit/psychologie/article122488828/Psychische-Belastung-wirkt-sich-auf-die-Enkel-aus.html, accesat la data de 28.12.2016.

49 În biologie, parenchimul desemnează un ţesut care îndeplineşte o funcţie determinată.

50 www.europeanlung.org/assets/files/smaliwhitebooks/lung healthineuropefactsandă gureşmastergermanaw.pdf, accesat la data de 27.12.2016

51 www.zva.de/brillenstudie, accesat la data de 14.12.2016.

52 www.focus.de/gesundheit/ratgeber/sehen/fehlsichtigkeit/kurzsichtig/kurzsichtigkeitaid20649.html, accesat la data de 27.11.2016.

53 „Frühgeborene: Früher Schmerz hinterlässt langfristige Spunen" (2010), www.inovations-report.de/html/berichte/ medizin-gesundheit/fruehgeborene-frueher-schmerz-hinterlaesst-163385.html

54 Substanţe care induc o relaxare reversibilă a muşchilor scheletici.

55 Vreau să le mulţumesc tuturor cursanţilor care au participat la seminarele TTPOI, studenţilor care au luat notiţe în timpul terapiei, lui Grace Adelaide Andersson pentru transcrierea notiţelor mele scrise de mână şi

Biancăi Sau pe pentru traducerea articolului din limba norvegiană în limba germană. Cu toţii aţi contribuit la activitatea privind TTPOI care a fost efectuată în Norvegia. Vă mulţumesc.

56 Fotografii cu această boală găsiţi pe internet, de exemplu, pe pagina www.psoriazis-netz.de/bilder/psoriazis-schuppenflechte.

57 https://sml. sunt.no/hudsykdommer.

58 Chantal Schlatter: „Nebenwirkung Leberschaden”, în: *Pharmazeutische Zeitung online*, www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php? id = 30764

59 www.prosomno.de.

60 Hannsjörg W. Seyberth: „Rezeptfreie Antihistaminika bergen Risiken für Kleinkinder”, în: *Deutsches Ärzteblatt* (2012) 109, nr. 37, p. A 1822

61 Hannsjörg W. Seyberth: „Rezeptfreie Antihistaminika bergen Risiken für Kleinkinder”, în: *Deutsches Ärzteblatt* (2012) 109, nr. 37, p. A 1822

62 www.vdaepe.de. 491

63 www.vincent-regensburg.de

64 www.hilfeportal-missbrauch.de

65 http://sz-magazin. sueddeutsche.de/texte/anzeigen/41802/Es-gabzu-viele-Verwundungen.

66 https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Pressemitteilungen/Expertise Häufigkeitsangaben.pdf, accesat la data de 1.12.2016

67 https://de.wikipedia.org/wiki/David Reimer.

68 https://www.welt.de/gesundheit/article154460998/Wenn-Frauenihre-Schwangerschaft – nicht-bemerken.html.

69 https://www.youtube.com/watch?v=apz XGEbZhtO.

70 „Abschied vom Doppelleben”, emisiune difuzată pe 6 nov. 2014 în reţeaua ORF.

71 Christian Fuchs: „Mutter, Sex, Objekt – Eine

Bewegung aus dem Volk erhebt die reife Frau zu einer Ikone der Lust", în: *DIE ZEIT*, nr. 19, din 7 mai 2015, http://www.zeit.de/2015/19/milf-gesellschaft – mutter-frauen-sex

72 „Wunderwerk Penis": *3 sat*, http://www.3 sat.de/mediathek/? mode = play & obi = 58453.

73 *SPIEGEL ONLINE*, http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft /sexuellermissbrauch-durch-frauen-verkehrte-lust-a-788332.html.

74 http://www.estherperel.com/tell-me-how-you-were-loved-and-iwill-tellyou-how-you-make-love.

75 Ulrike Meyer-Timpe: „Vor allen bloßgestellt", în: *DIE ZEIT*, nr. 50.

1 decembrie 2016, http://www.zeit.de/2016/50/ausstellung-schamdeutsches-hygienemuseum-dresden.

76 https://nextlevelpractitioner. nicabm.co (săpt. 37, ziua 1).

77 Brené Brown: „Listening to Shame" (Tedâalk), https://www.ted.com/talks/brenebrownlisteningtoshame?

78 https://www.youtube.com/watch? v=bYR7BAQDq6U & list = Plfăzb 01 WfIJL19TILbH-pxlKcGYWezYA.

79 Feministisches Frauen Gesundheits Zentrzum e. V. (ed.) (2012): *Wechseljahre – Praktische Begleitung für diese Lebensphase*.

80 *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* (2016), nr. 59 (10), pp. 1255 – 1261.

81 www.duden.de/rechtschreibung/Sportbedeutungla.

82 https://edoc. ub. uni-muenchen.de/8682/l/Seitherberenike.pdf